LEXICON

DE SIMPTOME ȘI SINDROAME

SUB REDACȚIA
Prof. dr. M. FEIGHIN

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with OKEN Scanner

LEKSYKON ZESPOLÓW I OBJAWÓW CHOROBOWYCH

Pod redakcja
Prof. Dr. M. Fejgina

Wspolautorzy:

Dr. **ZBIGNIEW BOCHENEK**, dr. **SYLWESTER CZAPLICKI**, dr. **JERZY DUBROWSKI**, prof. **MIECZYSLAW FEJGIN**, dr. **JERZY HIGIER**, dr. **JERZY JANUSZKIEWICZ**, doc. **LUDWIK KWAZEBART**, prof. **MIECZYSLAW KEDRA**, dr. **MIECZYSLAW KOSZLA**, dr. **WIESLAW NASILOWSKI**, doc. **WITOLD ORLOWSKI**, dr. **TADEUSZ ZAKRZEWSKI**

PANSTWOWY ZAKLAD WYDAWNICTW LEKARSKICH
WARSZAWA 1965

Scanned with OKEN Scanner

LEXICON
DE SIMPTOME ŞI SINDROAME

Sub redacţia
Prof. M. Feighin

Autori:

Dr. **ZBIGNIEW BOCHENEK**, dr. **SYLWESTER CZAPLICKI**, dr. **JERZY DUBROWSKI**, prof. **MIECZYSLAW FEJGIN**, dr. **JERZY HIGIER**, dr. **JERZY JANUSZKIEWICZ**, doc. **LUDWIK KWAZEBART**, prof. **MIECZYSLAW KEDRA**, dr. **MIECZYSLAW KOSZLA**, dr. **WIESLAW NASILOWSKI**, doc. **WITOLD ORLOWSKI**, dr. **TADEUSZ ZAKRZEWSKI**

EDITURA MEDICALA
BUCUREŞTI 1967

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Oricine citeşte literatură medicală se întîlneşte frecvent cu sindroame şi simptome clinice, denumite după numele autorilor care le-au descris pentru prima oară. Stabilirea esenţei unui atare sindrom sau simptom prezintă de multe ori dificultăţi importante, iar căutarea primului izvor bibliografic corespunzător în manuale, monografii şi reviste, din ce în ce mai numeroase, este laborioasă şi legată de o mare pierdere de vreme. Acest fapt este cu atît mai dificil, cu cît frecvent este vorba de sindroame din cele mai variate domenii şi specialităţi medicale, iar volumul concepţiilor şi denumirilor noi creşte necontenit.

De aceea s-a considerat util de a aduna acest fel de denumiri, mai des întîlnite în literatura medicală, de a le aranja în ordine alfabetică, indicînd sinonimele cel mai curent utilizate, o scurtă descriere clinică şi cel puţin o sursă bibliografică, în care cititorul poate găsi o expunere mai amănunţită a sindromului dat. Datorită acestora, cititorul are la dispoziţie, fără un efort deosebit, informaţia indispensabilă cu privire la un termen uitat sau necunoscut.

Redactarea acestui dicţionar informativ a întîmpinat o serie de dificultăţi, cu privire la conţinut (alegerea simptomelor şi sindroamelor şi a surselor bibliografice din diferite domenii şi specialităţi), la stilistică (informaţie scurtă, dar pe cît posibil amănunţită asupra denumirii respective), precum şi gramaticale (transcrierea exactă a numelor străine). De aceea, cu toată colaborarea strînsă a multor autori de diferite specialităţi, ne dăm seama că mai sînt multe deficienţe care trebuie corectate şi continuu completate, deşi sperăm că şi în această formă, departe de cea perfectă, munca noastră colectivă va fi necesară şi utilă.

Vom fi foarte recunoscători cititorilor pentru toate observaţiile critice şi indicaţiile, pe care sperăm să le utilizăm în ediţia ulterioară, ameliorată şi completată.

Prof. M. FEIGHIN

Scanned with OKEN Scanner

A

Abrami, sindromul; sindromul Brulé şi Garban; septicemia enterohepatică cu coli *(colisepsis enterohepatica);* descris în 1909. Este infecţia endogenă cu *B. coli* care, pătrunzînd în sînge şi apoi eliminîndu-se prin ficat, produce inflamaţia căilor biliare. (D.B.)

Abrikosov, mioblastomul granular *(myoblastoma granulare);* descris în 1926. Se presupune că aceste tumori se dezvoltă fie din celulele musculare embrionare, fie din membrana Schwannon sau din histiocite. Sînt tumori care proemineză deasupra suprafeţei înconjurătoare, se localizează pe limbă, mai rar în alte zone ale cavităţii bucale sau pe tegumente. Evoluţia este benignă şi nedureroasă. Tumoarea, de obicei solitară, se poate necroza uneori; nu dă metastaze. Tabloul histologic se caracterizează prin prezenţa de celule cu citoplasma granulară asemănătoare cu celulele spumoase.

Bibl. — ABRIKOSOV: *Virchows Arch. path. Anat.*, 1926, 260. (D.B)

Abt-Letterer-Siwe, boala; reticuloza malignă Letterer *(Letterers reticulosis maligna);* reticuloendotelioza infecţioasă *(infectious reticuloendotheliosis);* reticuloendotelioza acută hemoragică a sugarilor *(réticulo-endothéliose aiguë hémorrhagique des nourrissons);* reticuloza aleucemică *(aleukämische Reticulose);* descrisă în 1924. Se observă la copiii pînă la vîrsta de 2 ani. Creşterea bruscă a temperaturii, tonsilită necrotică, frecvent inflamaţia urechii medii, mărirea splinei, ficatului şi limfoganglionilor. Pe tegumente, noduli mici (infiltrate histiocitare perivasculare). Lacune la nivelul oaselor craniene. Diateză hemoragică. Anemie moderată, leucocitoză cu limfocitoză accentuată. Proliferarea celulară masivă a sistemului reticulohistiocitar la nivelul tuturor organelor. Este caracteristică acumularea de celule mononucleare mari, asemănătoare macrofagelor. Degenerescenţă grasă a ficatului. Evoluţie acută. Etiologie necunoscută. Prognostic nefavorabil.

Bibl. — ABT, DENENHOLZ: *Amer. J. Dis. Child.*, 1936, 51, 499. (D.B.)

Achard-Foix-Meuzon, complexul simptomatic; agenezia sacro-coccigiană *(agenesis coccy-sacralis);* agenezia sacro-coccigiană subtotală *(l'agénésie sacro-coccygienne subtotale);* omul fără fese *(homme sans fesses);* distrofia cruro-vezico-fesieră *(dystrophie cruro-vésico-fessière)* Foix - Hillemand. Constă în absenţa congenitală a ultimelor 2—3 vertebre sacrate, defecte de dezvoltare a oaselor bazinului, atrofia muşchilor fesieri, ai coapselor şi gambelor, incontinenţa urinii şi materiilor fecale. Etiologie congenitală.

Bibl. — ROCHER L., ROUDIL R.: *Rev. Chir.*, 1931, 5, 299. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Achard-Ramon, potomania; descrisă în 1905. Reprezintă o sete foarte accentuată (polidipsie primară cu poliurie secundară). Se observă la copiii cu mitomanie, isterie. Trebuie diferenţiată de diabetul insipid. (D.B.)

Achard-Thiers, sindromul; *syndroma adrenogenitale menopausale;* vezi Icenko-Cushing, sindromul. (D.B.)

d'Acosta, sindromul (boala); boala Puna *(mal di Puna);* boala de altitudine, a munţilor; *mountain sickness; Bergkrankheit;* descrisă în 1960. Se manifestă prin senzaţia de lipsă de aer, accelerarea respiraţiei, cianoză, cefalee, ameţeli, astenie, tulburarea senzoriului, a vederii şi auzului, legate de şederea la altitudine mare (munte). Dacă evoluţia este de durată lungă, în sînge apare poliglobulie. Cauza este în esenţă hipoxemia sistemului nervos central, consecutivă conţinutului scăzut de oxigen din sînge, datorit presiunii atmosferice reduse şi, într-un grad mai mic, hiperventilaţiei. (D.B.)

Adair-Dighton, complexul simptomatic; vezi van der Hoeve, complexul simptomatic. (D.B.)

Adams (1954), simptomul; *sudden discover of nervous function;* vezi Monakov, simptomul. (D.B.)

Adams-Stokes, sindromul (vezi Morgagni-Adams-Stokes, sindromul sau boala). (D.B.)

Addison, boala; boala suprarenalelor Addison; *Addison Nebennierenkrankheit;* hipocorticismul cronic; *melasma suprarenale;* insuficienţa corticosuprarenală cronică *(insuficientia corticosuprarenalis chronica);* boala bronzată; descrisă în 1855. Boala este consecinţa insuficienţei corticalei suprarenalelor, cu tulburarea reglării metabolismului hidroelectrolitic şi al hidrocarbonatelor, frecvent pe fondul tuberculozei suprarenalelor. *Simptome:* evoluţie lentă, astenie marcată, oboseală rapidă, pierderea apetitului, diaree, greţuri, vărsături, slăbire, pigmentarea tegumentelor, în special pe locurile descoperite (faţă, mîini), dar şi la nivelul zonelor supuse permanent frecării sau presiunii, pete pigmentate pe mucoasa cavităţii bucale. Tulburări frecvente ale glandelor genitale (amenoree, impotenţă genitală). Hipotermie, hipotensiune arterială. Diureza zilnică diminuată. În sînge conţinut scăzut de glucoză şi sodiu, conţinut crescut de potasiu, uree, fosfor şi colesterol. Cantitatea zilnică de 17-cetosteroizi în urină este marcat scăzută. Boala (netratată) duce la moarte, ca o consecinţă a colapsului. Apar astenie excesivă, vărsături, diaree, prăbuşirea tensiunii arteriale, absenţa pulsului. Există forme uşoare cu evoluţie lentă şi cu o simptomatologie mai puţin exprimată. Actualmente, prognosticul este mai favorabil, datorită utilizării dezoxicorticosteronului şi cortizonului. (D.B.)

Addison-Biermer, boala; anemia pernicioasă; anemia malignă; descrisă în anul 1849 de Addison şi în 1868 de Biermer. Începe cel mai des cu tulburări dispeptice: eructaţii, absenţa apetitului, senzaţia de flatulenţă şi de presiune în epigastru, diaree şi arsuri ale limbii. Deseori se asociază tulburări de sensibilitate şi slăbiciune musculară. Tegumentele devin din ce în ce mai palide şi capătă o nuanţă ceroasă. Cînd boala este complet dezvoltată se observă: aclorhidrie rezistentă la histamină, uneori cu achilie, limbă Hunter, mai rar sindromul complet Plummer-Vinson şi absenţa secreţiei pancreatice. În sînge, anemie hipocromă marcată cu megalocitoză, anizocitoză, poichilocitoză, policromazie, cu granulaţii bazofile ale eritrocitelor, areticulocitoză. În formula leucocitară — leucopenie cu hipersegmentarea granulocitelor şi leucocite nesegmentate enorme. În măduva oaselor se observă promegaloblaşti şi normoblaşti în proporţie crescută. În ficat şi splină apar focare hematopoietice. Nivelul colesterolului, fierului şi hematinei sanguine este crescut. Rezistenţa osmotică a eritrocitelor este în limite normale, dar rezistenţa mecanică şi la saponine este net scăzută. În cazul unei evoluţii îndelungate se asociază simptome neurologice de tip *myelosis funicularis.* Semnul caracteristic este prezenţa aşa-numitelor „crize reticulare", sub influenţa tratamentului cu preparate hepatice. Cauza este absenţa în sucul gastric a factorului Castle *(intrinsic factor),* care împreună cu vitamina B_{12} *(extrinsic factor)* formează un factor antianemic, indispensabil pentru formarea normală şi maturarea eritrocitelor în măduva oaselor. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Adie, simptomul (complex simptomatic); pupilotonia; bradicoria; descris în anul 1931. Pupilă moderat dilatată, care nu se micşorează sub influenţa unui excitant luminos, chiar puternic. După statul la întuneric timp de 15—20 de minute, pupila se mai dilată încă uşor şi, în acest moment, lumina puternică produce o micşorare neînsemnată şi lentă a acesteia. La convergenţă pupila se micşorează treptat, timp de cîteva secunde (3—5—10 secunde şi chiar mai mult), dar după încetarea acţiunii excitantului revine la dimensiunea iniţială în medie numai după 30—60 de secunde (limite: 12—120 de secunde) şi aceasta după persistenţa îndelungată a contractării (tipul Saenger) sau imediat (tipul Strasburger). Reacţia de convergenţă de partea bolnavă lipseşte. Este predominant unilaterală (85% din cazuri). Cel mai des se observă la femei, în vîrstă de 20—40 de ani. Reacţia la substanţele care dilată sau contractă pupila este normală, instilarea intraoculară de soluţie 2,5% de mecolil sau acetil-β-metilcolin produce contracţia foarte puternică a pupilei lezate, dar nu influenţează pupila normală (importanţă diagnostică). Deseori se asociază absenţa reflexelor tendinoase (în special rotuliene), fără alte semne neurologice sau generale. Aceste modificări sînt permanente şi nu progresează. Etiologia necunoscută. Se pot observa în unele cazuri de inflamaţie cerebrală, în miotonia congenitală, precum şi în atrofia musculară progresivă. Există, împreună cu alte tulburări pupilare, în triada simptomatică (simptome pupilare, psihice şi motorii) a leziunilor encefalului. A fost descris de asemenea şi în *herpes zoster ophtalmicus*. Se observă forme familiale şi ereditare.

Bibl. — WOLSZTYN J.: *Lek. wojsk.*, 1953, 29, 719. (D.B.)

Adson-Coffey, simptomul; sindromul muşchiului scalen Naffziger. Constă în diminuarea amplitudinii pulsului şi senzaţia de furnicături dureroase la nivelul extremităţilor superioare, în timpul inspiraţiei profunde, bolnavul fiind în poziţie şezînd, cu mîinile sprijinite pe genunchi şi cu capul uşor extins.

Bibl. — ADSON, COFFEY: *Ann. Surg.*, 1927, 85, 839. (D.B.)

Afzeli-Lipschütz, complexul simptomatic; eritemul cronic migrator *(erythema chronica migrans)*; descris în 1909. Apare după muşcătura de căpuşă *(Ixodes)* sau alte insecte. Se sugerează, în calitate de agent declanşant, prezenţa unei infecţii incipiente necunoscute. Clinic se manifestă prin eritem care se extinde periferic. Uneori se complică cu meningită sau encefalită. Localizarea tipică: extremităţile şi trunchiul.

Bibl. — AFZELI: Verhandlungen der Stockholmer derm. Geselsch., 1909. (D.B.)

Ahlfeld, simptomul. Constă în eliminarea spontană din canalul genital a cordonului ombilical, în perioada a III-a a naşterii. Indică separarea placentei.

Bibl. — DÜDERLEIN G., MESTWERDT G.: Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik und Untersuchungslehre, Leipzig, 1950, p. 121.

Ahlfeld, simptomul; din sarcina dublă. Constă din palparea unei depresiuni pe peretele anterior al uterului, care merge oblic sau în lungul acestuia şi împarte uterul în două segmente.

Bibl. — WENNER R., KOLLER T.: Lehrbuch der Geburtshilfe, Basel, 1948, p. 375.

Alajouanine-Thurel, simptomul; semnul călcîiului *(signe du talon)*. Se observă în leziunea radiculară a nervului sciatic (L_5). Bolnavul nu mai poate merge pe călcîie, piciorul de partea lezată cade. (D.B.)

Albers, boala; vezi Albers-Schönberg, boala. (D.B.)

Albers-Schönberg, boala; osteoscleroza fragilă generalizată *(osteosclerosis fragila generalisata)*; osteopetroza familială *(osteopetrosis familiaris)*; osteopetroza *(osteopetrosis, osteopetrosé)*; oasele de marmoră *(marble bones; os de marbre)*; osteoscleroza congenitală *(congenital osteosclerosis)*; oasele de fildeş *(ivory bones)*; osteopatia condensantă diseminată *(disseminated condensing osteopathy)*; scheletul de marmoră *(Marmorskelett)*; osteoscleroza diseminată *(disseminierte Osteosklerose)*; boala oaselor de marmoră *(Marmorknochenkrankheit)*; descrisă în 1904. Se caracterizează prin densificarea şi îngroşarea unuia sau mai multor, chiar tuturor oaselor, ceea ce nu previne tendinţa acestora la fractură. Modificările cele mai mari apar la nivelul segmentelor osoase cu creşterea cea mai

Scanned with OKEN Scanner

rapidă, de exemplu, segmentul inferior al femurului şi radiusului, segmentul superior al humerusului şi tibiei, apoi coastele, vertebrele, craniul şi oasele tarsului. Pe clişeul radiologic frapează ştergerea graniţei dintre medulară şi corticală. Dispariţia canalului medular poate duce la limitarea funcţiei măduvei osoase, cu anemie aplastică secundară. Se observă creşterea compensatoare a splinei, ficatului şi ganglionilor limfatici. Compresiunea prin orificiile strîmtate a nervilor cranieni poate duce la cecitate, nistagmus, tremurătura globilor oculari; compresiunea hipofizei produce simptomele hipopituitarismului. Etiologia nu este cunoscută; nu este exclusă însă posibilitatea unui conţinut prea mare de vitamină D în alimentaţie sau a unei hiperfuncţii a glandelor paratiroide.

Bibl. — ORSZULOK J.: *Chir. Narzqd. Ruchu*, 1955, 20, 277. (D.B.)

Albert, complexul simptomatic; *Achillobursitis; Achillodynia;* boala Schwiedauer; tenozita ahiliană; a fost descris în 1893. Constă în prezenţa unei reacţii inflamatoare dureroase a tuberculului calcaneului şi a locului de inserţie a tendonului lui Achille. Etiologia este de cele mai multe ori traumatică, deşi nu este exclusă nici cea tuberculoasă, gonoreică sau alta, nespecifică.

Bibl. — ALBERT E.: *Presse méd.*, 1893, 3, 43.

Albright, boala; displazia fibroasă polichistică *(dysplasia fibrosa polycystica);* sindromul Albright *(Albright's syndrome); syndrome d'Albright-MacCune-Sternberg;* descrisă în 1907. Apariţia de chisturi în oasele extremităţilor inferioare şi superioare ale bazinului, cutiei toracice, în craniu, cărora li se datoresc fracturile spontane, dar şi producerea de hipertrofie osoasă; chisturile sînt diseminate, sau, mai des, localizate în oasele craniului şi maxilarului superior. Oasele se curbează, apar pete brune sau galbene pe faţa posterioară a gîtului, spate, regiunea lombară, coapse. Se observă tulburări de creştere, maturare sexuală prematură, traduse prin instalarea menstruaţiei la vîrsta de 6—9 luni, în general pînă la 7 ani.

Bibl. — ALBRIGHT F., HAMPTON A. O., BUTLER A. M., SMITH P. N.: *Engl. Journ Med.*, 1937, 216, 727. (D.B.)

Alder, anomalia; descrisă în 1938. Se observă excepţional de rar. Constă din apariţia a numeroase granulaţii bazofile mari în citoplasma granulocitelor neutrofile. Aceleaşi granulaţii se observă şi în eozinofile, monocite şi limfocite. Examenul măduvei oaselor arată prezenţa granulaţiilor în toate granulocitele, de la mielocite pînă la segmentate. Nu are semnificaţie clinică.

Bibl. — *Folia Haemat.*, 1941, 65, 1, 2. (D.B.)

Alexandrov, simptomul. Constă din îngroşarea stratului cutanat (ridicat cu două degete) la nivelul coapsei acelei extremităţi inferioare, a cărei articulaţie coxofemurală este lezată de procesul tuberculos. Este un simptom diagnostic al perioadei precoce a coxitei specifice.

Bibl. — KRASNOBAEV T. P.: *Kostno-sustavnoi tuberkulioz u detei*, 1950, 56. (D.B.)

Alibert, boala; cheloidul cicatriceal *(chéloïde cicatriciel; Narbenkeloid)* Velpeau; descris în 1816. Această denumire aproape nu se mai utilizează în prezent. (D.B.)

Alibert, boala; leishmanioza tropicală *(leishmaniosis tropica);* abcesul oriental *(oriental boil);* pustula Alep; butonul Biskra *(Biskra button);* ulcerul Kandahar *(Kandahar sore);* ulcerul Lahore; ulcerul oriental; ulcerul Penda; descris în 1828. Este produs de parazitul *Leishmania tropica,* iar în America de Sud, de o varietate a acestuia, *Leishmania brasiliensis.* Se transmite prin ţînţarul din familia *Phlebotomus.* Incubaţia este de circa 10—20 de zile. În zonele descoperite ale tegumentelor apar noduli cu tendinţă la necroză şi formare de ulcere cu marginile răsfrînte. Limfoganglionii regionali sînt măriţi de volum.

Bibl. — LEIMAN K.: *Przegl. lek.*, 1946, 141. (D.B.)

Alibert, boala; *tinea amiantacea;* descrisă în 1814; Sabouraud i-a schimbat denumirea în *falsa tinea amiantacea,* deoarece nu se găsesc nici ciuperci parazitare, nici infecţie bacteriană. Cauza nu este cunoscută. Clinic se observă aglomerarea, pe pielea păroasă a capului, de scuame cenuşii groase, asemănătoare azbestului. Boala nu produce modificări ale părului,

Scanned with OKEN Scanner

nici calviție, nu duce la atrofie sau formare de cheloide.

Bibl. — BERNHARDT R.: *Now. lek.*, 1937, 815, (D.B.)

Alibert-Bazin, boala; micozis fungoid sau granulomul fungoid *(mycosis fungoides s. granuloma fungoides)*. Este o *micoză fungoidă*, de etiologie și patogenie necunoscute. Este încadrată în bolile sistemului reticulohistiocitar; afectează pielea, limfoganglionii și viscerele. Unii autori presupun o etiologie virală a bolii, alții una tumorală, căci s-a observat tranziția nodulilor de micoză fungoidă în sarcom. Evoluția clasică a bolii corespunde perioadei pretumorale, care se caracterizează prin prurit important și modificări polimorfe ale tegumentelor. Urmează apoi perioada infiltrativă (infiltrate care se extind periferic). În perioada a treia se dezvoltă noduli cu tendință la necroză și ulcerație. Modificărilor cutanate li se asociază tulburări trofice (căderea părului, deformații ale unghiilor), mărirea limfoganglionilor, care sînt nedureroși și fără tendință la supurație, precum și lezarea mucoasei tractului digestiv și a viscerelor (splină, ficat, plămîni). Evoluția este cronică, rar subacută.

Bibl. — GRZYBOWSLI M.: *Przegl. derm.*, 1926, 189. (D.B.)

Allis, simptomul. Constă din diferența de lungime a coapselor, cînd copilul este în decubit dorsal și cu coapsele flectate în unghi drept pe trunchi. Indică o luxație unilaterală a femurului, cel mai adesea congenitală. (D.B.)

Alzheimer, boala. Afectează subiecți de ambele sexe, în vîrstă de 60—70 de ani. Durata bolii este de 2—4 ani. Se dezvoltă pe fondul atrofiei cortexului cerebral, cu apariția așa-numitelor plăci senile și a modificărilor alzheimeriene ale fibrelor intracelulare. Etiologia bolii nu este clară; bătrînețea nu este singura cauză. După Loewenberg și Wagner există forma presenilă și intermediară (cu caractere ereditare) și forma juvenilă. În stadiul incipient se observă limitarea activității, neglijență, inactivitate, tulburări de atenție și memorie. Cititul și socotitul devin dificile, scrisul se schimbă (poligrafia, exografia), apar tulburări de vorbire (parafazia, logoclonia, repetarea ritmică a ultimelor silabe ale cuvintelor, limbaj necoordonat). Se asociază agnozia și apraxia. Dispoziția este hipomaniacală, mai rar apatică. Apar des stări de delir, cu halucinații, crize de convulsii, puseuri de paralizii, accese epileptice. Boala progresează treptat, ducînd bolnavul la adinamie completă și epuizare.

Bibl. — SALWA W.: *Pol. Tyg. lek.*, 1958, 13, 43, 1 694. (D.B.)

Amat M., simptomul; descris în 1926 de Benoit și în 1930 de M. Amat. Constă în închiderea ochilor o dată cu deschiderea gurii și cu masticația (inversul simptomului maxilar Cunn). Apare în perioada retrocedării paraliziei nervului facial, dar uneori și din cauză necunoscută.

Bibl. — FRIEDMAN A. J.: *Los Angeles Neurol. Soc.*, 1957, 22, 145.

Amoss, simptomul; se observă în cazurile de flexiune dureroasă a coloanei vertebrale. Cînd bolnavul se așază din poziția de decubit se ajută sprijinindu-se cu mîinile înapoi. Simptomul este tipic pentru poliomielită (boala Heine-Medin).

Anderson-Novy, complexul simptomatic; defect congenital al pielii capului *(congenital defect of the scalp)*. Se observă la nou-născuți, la care există pe pielea capului zone atrofice, asemănătoare cicatricelor, de dimensiuni variate (1 mm—1 cm). Forma este rotundă sau neregulată. Aceste zone sînt complet lipsite de păr, deși uneori părul poate crește. Uneori se asociază și alte defecte de dezvoltare. Meningita este o complicație frecventă.

Bibl. — ANDERSON P., NOVY F. S.: *Arch. Derm. Syph. (Chic.)*, 1943, 46, 257.

Andogsky, complexul simptomatic; cataracta dermatogenă *(cataracta dermatogenes)*; descris în 1914. Constă în asocierea cataractei cu diferite modificări cutanate, ca prurigo, neurodermite, ihtioză. Diferă de complexul simptomatic Werner (vezi acesta), prin absența tulburărilor endocrine.

Bibl. — JABLONSKA, SEGAL, LUKASIK: *Przegl. Derm. Wener.*, 1958, 8, 3, 277. (D.B.)

Andrews, pustuloza; *pustulosis palmaris et plantaris; pustular bacterids of the*

Scanned with OKEN Scanner

hands and feet. Leziunile morfologice cutanate corespund bolii Hallopeau (vezi). Este subliniată importanţa etiologică a infecţiei de focar. Iniţial, elementele eruptive sînt sterile; evoluţia bolii este benignă.

Bibl. — ANDREWS G. C., MACHACZEK G. F.: *Arch. Dermat. Syph.*, 1935, 32, 837. (A.W.)

Anton, simptomul; descris în 1899. Se caracterizează prin ignorarea propriei cecităţi („cecitatea propriei cecităţi"). Se observă în cecitatea de origine centrală. (D.B.)

Anton-Babinski, sindromul; prin leziunea lobului parietal drept se produce tulburarea somatognoziei, absenţa cunoaşterii tulburării (anozognozia) sau indiferenţă faţă de realitate (anozodiaforia). (D.B.)

Apert, complexul simptomatic; acrocefalosindactilia *(acrocephalosyndactylia);* acrosfenodactilia *(acrosphenodactylia);* acrocraniodisfalangia *(acrocraniodysphalangia);* acrocefalia; descris în 1906. Constă în sudarea prematură a suturilor longitudinală şi sagitală, cu modificări consecutive ale formei craniului („cap în turn") sau sinostoza tuturor suturilor şi de asemenea modificări ale formei feţei: baza nasului lărgită, exoftalmie, orbite aplatizate. Se asociază sindactilie, polidactilie, mai rar sinostoza cubitalului şi radiusului, artrodeze congenitale, redoarea articulaţiei cotului, *hallux valgus;* defecte congenitale de dezvoltare a vertebrelor, boltă ogivală cu dehiscenţa acesteia, imperforaţie anală, atrofia nervului optic, întîrziere în dezvoltarea intelectuală şi fizică. Etiologie congenitală.

Bibl. — APERT E.: *Soc. Méd. Gaz. Hôp.*, 1906, 1 759. (D.B.)

Apert (1906) — **Park-Powers** (1920), sindromul; acrocefalosindactilia. Este asocierea modificărlor congenitale ale masivului facial şi craniului, cu sindactilia. (D.B.)

Aran-Duchenne, boala; atrofia musculară progresivă *(atrophia musculorum spinalis progressiva);* descrisă în 1849. Începe la vîrsta de 25—50 de ani; este mai frecventă la sexul masculin. Constă în degenerarea şi atrofia celulelor rădăcinilor anterioare ale măduvei spinării. Se atrofiază muşchii ridicători ai policelui, muşchii mici ai palmei, de aici aplatizarea palmei (mîna plată). Mai tîrziu sînt afectaţi muşchii interosoşi, ducînd la aspectul de gheară al mîinii. Atrofia şi paralizia muşchilor antebraţului sînt cauza slăbirii mîinilor, cu degetele întinse prin atonie (mînă de schelet). Reflexele tendinoase ale extremităţilor superioare dispar treptat. Sensibilitatea este conservată. La nivelul muşchilor atrofiaţi apar tremurături fibrilare şi modificarea excitabilităţii electrice. Boala durează 10—15 ani. Moartea se produce ca rezultat al afectării muşchilor respiratori sau nervilor bulbari. Formele clinice ale bolii sînt: 1) forma radială, imitînd lezarea simetrică a nervilor radiali; 2) forma brahială, în care sînt atrofiaţi muşchii braţului; 3) forma scapulo-spinală Vulpian-Bernard; 4) forma inferioară sau crurală, cu paralizie precoce a extremităţilor inferioare. (D.B.)

Aran-Duchenne, sindromul; leziunea reţelei acromiale la nivelul C_7. Paralizia periferică a nervului radial cu atrofia grupei musculare extensoare a antebraţului, hiperestezie corespunzătoare inervaţiei nervului radial. (D.B.)

Argyll-Robertson, simptomul (pupila, complexul simptomatic, semnul); descris în 1868. Imobilitatea pupilei dilatate la lumină, cu conservarea reacţiei la convergenţă şi cu acuitate vizuală bună. Cel mai frecvent (50%) este un simptom al sifilisului nervos (tabes sau paralizie progresivă). Pupila se dilată sub acţiunea cocainei şi sub influenţa acesteia reacţionează la lumină. Se mai observă în encefalita epidemică, scleroza în plăci (10%), siringomielie, siringobulbie; poate fi consecinţa leziunilor cerebrale şi ale orbitei (ganglion ciliar), alcoolismului cronic, tumorilor ventriculului al III-lea, unei leziuni locale a fibrelor simpatice şi parasimpatice (de exemplu, după herpes zoster oftalmic).

Bibl. — WENDA L.: *Pol. Tyg. lek.*, 1951, 6, 1 333. (D.B.)

Arlt, linia cicatriceală; descrisă în 1881. Se observă în stadiul al treilea al trahomului. Este o linie albă de ţesut cicatriceal, care se întinde ca o zonă orizontală peste pleoapă, corespunzînd segmentului terminal al sistemului capilar superior şi inferior al vaselor sanguine ale pleoapei

Scanned with OKEN Scanner

superioare. Este primul simptom al cicatrizării. (D.B.)

Armstrong, boala; coriomeningita limfocitară *(chorio-meningitis lymphocytaria)*; produsă de un virus descoperit de Armstrong şi Lillie (1934). Perioada de incubaţie durează 6—13 zile. Boala debutează cu temperatură mare, stare generală alterată, convulsii, mialgii şi cefalee; simptome din partea căilor respiratorii superioare, slăbire, apoi evoluează sub forma meningitei limfocitare benigne Mollaret, cu temperatură ridicată, greţuri, vărsături, cefalee, redoarea cefei şi simptom Kernig, diminuarea reflexelor tendinoase şi hiperleucocitoză pînă la 15 000/mm³. În lichidul cefalo-rahidian se găsesc peste 1 200 de limfocite/mm³. Alte forme: meningospinală, encefalitică, encefalo-mielitică, pulmonară, septică, cu diateză hemoragică, tifică, gripală, cu erupţie, abortivă (D.B.)

Armstrong-Heim, boala; serootita medie *(serootitis media)*. Inflamaţia mucoasei urechii medii, produsă de diferenţa de presiune a aerului atmosferic şi a cavităţii timpanale. Se observă în zborurile la mare înălţime. (D.B.)

Arnaux, simptomul; în sarcina gemelară. Decelarea unui ritm special al bătăilor inimii feţilor, care se produce ca rezultat al activităţii celor două inimi şi aminteşte loviturile copitelor a doi cai în galop. (D.B.)

Arndt-Gottron, complexul simptomatic; scleromixedemul *(scleromyxoedema)*; mucinoza tegumentară *(mucinosis cutis)*; edemul sclerodermic mucos. Caracterizat prin degenerescenţă mucoidă, în focare, a pielii, fără simptome de insuficienţă tiroidiană. Se localizează predominant la faţă, gît, mîini. Pielea este edematoasă, dură, dar, spre diferenţă de sclerodermie, pare „prea largă", formează pliuri la nivelul articulaţiilor. Se presupune o cauză toxică (leziune hepatică, creşterea nivelului mucoproteinelor serice).

Bibl. — GOTTRON: *Arch. klin. exp. Derm.*, 1954, 199, 71. (D.B.)

Arning, epitelioamele superficiale multiple, eritematoidul Little, epiteliomul benign, epitelioamele cutanate superficiale benigne multiple Wiess, carcinoidul cutanat. Sînt epitelioame bazo-celulare multiple, cu evoluţie cronică şi benignă. Focarele plate, foarte puţin infiltrative, se extind spre periferie, asemănător cu psoriazisul, micoza superficială sau eczema cronică. Cel mai frecvent se localizează pe trunchi şi faţă. Diagnosticul se bazează pe examenul histologic.

Bibl. — MONTGOMERY H.: *Arch. Derm. Syph.*, 1929, 20, 339. (D.B.)

Arning-Lewandowsky, nodulii cutanaţi *(noduli cutanei)*; vezi Michelson, *fibrosis nodularis subepidermalis*. (D.B.)

Arnold, complexul simptomatic; tuse reflexă nervoasă *(nerve reflex cough)*, produsă de excitarea segmentelor inervate de nervul Arnold (ramura auriculară a nervului vag) sau a zonei infero-posterioare a canalului auditiv extern şi jumătăţii posterioare a membranei timpanice (D.B.)

Arnold-Chiari (1894), sindromul; asociere de modificări osteo-articulare congenitale, cu simptome de leziune a sistemului nervos periferic (defecte de dezvoltare), cel mai frecvent occipitalizarea C_1, platibazia (modificări ale găurii occipitale mari — *foramen occipitale magnum*). În prezent, în sindromul Arnold-Chiari se disting sindromul hipertensiunii intracraniene şi hidrocefaliei, sindromul cerebelos, sindromul de afectare a nervilor cranieni (perechile a V-a — a XII-a) şi sindromul compresiunii măduvei spinării şi bulbului.

Bibl. — URIEL SANDBANK: *Rev. neurol.*, 1955, 93, 3. (D.B.)

Asbo-Hansen, complexul simptomatic; dermatita keratogenă buloasă şi pigmentară, cu eozinofilie sanguină la fetiţele nou-născute *(bullous keratogenous and pigmentary dermatitis with blood eosinophilia in newborn girls)*. A fost individualizat din complexul simptomatic *incontinentia pigmenti*, ca o entitate nosologică particulară. Unii autori o consideră ca o formă congenitală a dermatitei herpetiforme *(dermatitis herpetiformis)*. Etiologie necunoscută. La nivelul localizărilor liniare ale exantemelor eritemato-veziculare şi pustuloase, în conţinutul cărora se găseşte o cantitate mare de eozinofile, se formează, după resorbţia acestora, scuame groase, hiperkeratozice. Aceste leziuni pot regresa după cîteva luni, lăsînd în locul lor o pigmentare. Pe lîngă acestea, în alte zone

Scanned with OKEN Scanner

cutanate, se găsesc tulburări de pigmentaţie, ca în *incontinentia pigmenti*. (D.B.)

Ascher, complexul simptomatic; descris în 1909 de Laffer şi în 1920 de Ascher. Constă în hipotonia pleoapelor de tip Fuchs, asociată cu îngroşarea buzelor, de tipul aşa-numitelor buze duble, şi de guşă fără simptomele bolii Basedow; simptomul tipic, însă, fără de care nu se poate diagnostica acest complex simptomatic, este blefarocalazia *(blepharochalasis);* restul simptomelor sînt inconstante sau intensitatea acestora poate fi neînsemată. Complexul simptomatic în forma sa completă se observă rar, mai frecvente fiind formele latente. În etiologie se presupun tulburări hormonale de natură neprecizată, factori constituţionali nedeterminaţi, apariţia familială a bolii.

Bibl. — SEGAL P., JABLONSKA S.: *Klinika Oczna*, 1962. (D.B.)

Ascher, complexul simptomatic: edeme recidivante, în special ale buzei superioare, pleoapelor superioare, şi prezenţa guşii fără tulburări funcţionale ale tiroidei — guşa netoxică *(struma non toxicum).*

Bibl. — MICHALOWSKI R.: Choroby blony śluzowej jamy ust., 1956, 251. (D.B.)

Aschner, simptomul; fundul de ochi policitemic *(fundus polycythaemicus);* modificările fundului de ochi din boala Vaquez. Fundul de ochi este hiperemic, venele sinuoase, papila nervului optic cu semne de stază, uneori obstrucţie a arterei retiniene.

Bibl. — Vezi boala Vaquez. (D.B.)

Asherman, complexul simptomatic; descris în 1940. Aderenţe intrauterine: după manoperele intrauterine (chiuretajul cavităţii uterine); miomectomie, în special dacă s-a ajuns pînă la deschiderea cavităţii uterine: acţiunea îndelungată a factorilor fizici şi chimici (de exemplu, utilizarea îndelungată a pesarelor intrauterine); idiopatice (vezi Dalsac, Musset şi Netter, complexul simptomatic). Aderenţele pot fi localizate în corpul sau colul uterului. Tabloul clinic depinde în mare măsură de localizarea aderenţelor. În complexul simptomatic sînt incluse următoarele simptome: tulburări ale ciclului menstrual, sterilitate, avorturi iterative sau tulburări ale eliminării placentei (aderenţă adevărată). Metoda de investigaţie de bază este histerografia cu substanţă de contrast. În cazurile de obstrucţie completă la nivelul colului este necesară explorarea cu sonda, uneori uteroscopia.

Bibl. — DALSAC J., MUSSET R., NETTER A.: *Bull. Fed. Soc. Gynéc. Obstét. franc.*, 1957, 9, 4 bis, 483. (D.B.)

Assmann, infiltratul precoce; simptom al tuberculozei pulmonare infiltrative; a fost descris în anul 1923, ca stadiul cel mai precoce al tuberculozei postprimare. Este un focar recent, apărut în zona în care nu a existat nici o leziune. Este tranzitoriu. Poate dispărea fără sechele, se poate fibroza sau poate suferi o transformare cazeoasă cu constituire de cavernă. Evoluţia este frecvent asimptomatică (se decelează ocazional). Uneori produce simptome generale: subfebrilitate, stare generală alterată, accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor; excepţional de rar, debutul este acut, cu simptome care amintesc inflamaţia pulmonară. Semnele obiective pot lipsi complet sau sînt minore şi corespund simptomelor bronşitei localizate. Examenul radiologic evidenţiază o opacitate rotundă, ovală sau triunghiulară, de dimensiunea unei alune, prune sau chiar mai mare, cel mai des solitară, localizată de obicei în segmentul posterior al lobului superior (infiltrat subclavicular). (D.B.)

Astley-Cooper, boala; nevralgia testiculară care se accentuează la cea mai mică atingere a acestora. (D.B.)

Astregesilo-Esposel (1912), reflexul: compresiunea gambei produce extensiunea degetului mare; vezi Babinski, reflexul. (D.B.)

Auenbrugger, simptomul: bombarea enormă a regiunii precordiale în exsudatele pericardice moderate, şi epigastrie (în cele mari). (D.B.)

Aujeszky, boala; pseudorabia *(pseudorabies; mad itch);* paralizia bulbară infecţioasă *(infektiöse Bulbarparalyse);* descrisă în 1902. Este produsă de un virus. Este în special o boală a animalelor, la om existînd ca infecţie de laborator. Se

Scanned with OKEN Scanner

caracterizează prin astenie, cefalee şi prurit tranzitoriu al extremităţilor superioare, evoluţie uşoară şi prognostic favorabil. (D.B.)

Auspitz, simptomul; descris în 1897. Constă în aceea că în timpul raclării prudente a suprafeţei bulelor psoriazice, după îndepărtarea scuamelor şi membranei strălucitoare psoriazice, care acoperă suprafaţa exantemului, apare hemoragie punctiformă (lezarea capilarelor cutanate). (D.B.)

Avellis, complexul simptomatic; hemiplegie de tip Avellis *(hémiplégie du type Avellis);* paralizie Avellis alternantă a perechii a X-a de nervi cranieni; descris în 1891. Constă în pareza palatului moale şi a corzilor vocale de aceeaşi parte şi hemiplegie de partea opusă. De obicei se adaugă şi alte simptome, produse prin leziunea nu numai a nucleului ambiguu şi a căilor piramidale, ci şi a zonelor învecinate. Se dezvoltă ca rezultat al unui proces patologic din căile piramidale şi din nucleul ambiguu al trunchiului cerebral.

Bibl. — AVELLIS G.: *Berl. Klinik.*, 1891, 4, 1. (D.B.)

Axenfeld, *embryotoxon posterius;* formaţiuni sticloase în camera anterioară; displazia marginală, posterioară a corneei *(displasia marginalis posterior corneae)* Streiff; membrana hialină retrocorneală *(membranae hyalineae retrocornealis);* îngroşarea inelară periferică la nivelul membranei Descemet) *(peripheral annular thickening at the level of Descemet's membrane);* membrana hialină congenitală a camerei anterioare *(congenital hyaline membrane of the anterior chamber);* inelul marginal anterior proeminent Schwalbe *(prominent anterior border ring of Schwalbe);* descris în 1895 de Mager şi, independent, în 1920, de Axenfeld. Se caracterizează prin apariţia unui cîmp transparent, situat pe faţa posterioară a corneei, vizibil la lampa cu fantă. Acesta refractă uşor lumina, merge paralel cu limbul, în care apoi dispare; marginea sa centrală proemină uşor în camera anterioară, iar cea periferică se uneşte prin aderenţe multiple cu irisul. Rar formează un inel complet, care în cele mai multe cazuri se vede de partea nazală şi temporală. Mai frecvent se observă în presbiţia accentuată. Se poate asocia cu alte defecte ale porţiunii anterioare a ochiului (nedezvoltarea irisului, iris diferit colorat, dislocarea pupilei, pupile multiple, torsiunea coroidei, pupilă în formă de fantă, cornee plată, cornee mică, cornee gigantă, glaucom simplu, hidroftalmie, complexul simptomatic Rieger). Aspectul descris are caracter congenital şi reprezintă rudimentul ţesuturilor embrionare ale mezostromei. Formaţiuni sticloase de alt caracter pot fi consecinţa unei leziuni, cel mai des în timpul naşterii (dezlipirea membranei Descemet), al rupturilor şi al unui proces inflamator (de cele mai multe ori, inflamaţia parenchimatoasă dobîndită a corneei, de origine sifilitică, tuberculoasă, dar în special o inflamaţie complicată a irisului); se prezintă sub forma de fibre liniare ramificate, situate pe faţa posterioară a corneei sau unindu-se cu aceasta doar prin terminaţiile lor.

Bibl. — SEGAL P., GUTTNER W., ZYLOFILIPOWICZ A.: *Klin. oczna*, 1951, 21, 152. (D.B.)

Ayerza, simptomul; cardiopatia neagră *(cardiopathia nigra);* cardiacul negru *(cardiaque noir, cardiaco negro);* cianoza neagră *(Schwarze Zyanose);* descris în 1901 de Escudero. Simptomele caracteristice sînt: cianoza „neagră", foarte pronunţată, tuse rebelă, cefalee, somnolenţă, degete în baghetă de toboşar, emfizem pulmonar, tensiune arterială crescută, mărirea inimii drepte, întărirea zgomotului al II-lea la artera pulmonară, simptome de insuficienţă cardiacă. Electrocardiograma arată tabloul cordului pulmonar cronic. Numărul eritrocitelor în sîngele periferic este crescut. Factorul etiologic este de obicei inflamator; uneori sifilisul arterei pulmonare. În apariţia sindromului joacă rol prezenţa modificărilor inflamator-sclerotice concomitente în ţesutul pulmonar şi în vasele circulaţiei mici.

Bibl. — KODEJSZKO E.: *Postepy Kardiol.*, 1952, 1, 213. (D.B.)

Ayres, boala; *cheilitis actinica chronica; cheilitis actinoallergica Wucherpfennig; cheilitis hyperheliastica.* Inflamaţia buzelor prin acţiunea luminii. A fost descrisă prima dată în anul 1923. Apare asociată cu

Scanned with OKEN Scanner

dermatozele luminoase, *cheilitis hyperchelíastica*, fără alte modificări ale tegumentelor; modificările se observă doar în zona roşie a buzelor, şi anume, în regiunile descoperite, neacoperite de cealaltă buză. Procesele inflamatoare interesează mai des buza inferioară. Se observă în special în ţările în care insolaţiile sînt frecvente. Se presupune că este vorba de o sensibilitate crescută congenitală şi familială faţă de razele solare sau de o avitaminoză de tipul pelagroid. (D.B.)

B

Baastrup, boala; osteocondroza interspinală *(osteochondrosis interspinalis)*; descrisă în 1932. Se caracterizează prin prezenţa de modificări inflamatoare cronice la nivelul apofizelor spinoase. Ca rezultat, apar dureri de lungă durată în segmentul lombar al coloanei vertebrale, în special în hiperextensiunea acesteia sau în efort excesiv (ridicare de greutăţi), cu sensibilitate locală la nivelul apofizelor spinoase. Pe radiografii se observă apofizele spinoase lărgite, cu marginile scleroase şi uneori osteofite pe marginea superioară sau inferioară, care se pot uni între ele. Etiologie congenitală: tulburări de dezvoltare a apofizelor spinoase ale vertebrelor lombare. Se observă la o vîrstă anumită (30—40 de ani) şi la subiecţii cu anumită profesiune (hamali).

Bibl. — BAASTRUP CH. J.: *Fortschr. Röntgenstr.*, 1933, 48, 430. (D.B.)

Babinski (1896), reflexul; reflexul patologic principal care traduce o leziune a căilor piramidale. Excitaţia tegumentelor plantelor produce, în locul reflexului fiziologic, o hiperextensiune a halucelui, cu răsfirarea restului degetelor în evantai şi flexiune plantară („simptomul evantaiului"). În mod clasic, reflexul se produce prin excitaţia cutanată a plantei pe marginea externă a acesteia, lateral de degetul mic. Caracteristică este apariţia reflexului după o perioadă scurtă de latenţă (caracter tonic). La sugari, reflexul Babinski este fiziologic. De la vîrsta de 4 ani arată totdeauna prezenţa unui proces patologic. În neurologie se cunosc o serie de reflexe, denumite după numele autorilor, dar în esenţă acestea sînt doar o modificare a reflexului Babinski [vezi reflexele Astregesilo-Esposel, Bechterew-Marie-Foix, Bing II, Boettiger, Chadock, Crafts, Gonda, Gordon, Grigorescu-Gonda-Allen, Grossmann, Legenhager, Lichtmán, Moniz, Oppenheim, Remus, Schäfer, Sinclair, Souza de Castro, Stransky, Throckmorton (I, II), Troemner (I, II), Yoshimura]. (D.B.)

Babinski (1910), reflexul radial invers; prin leziunea segmentului C_5 al măduvei spinării, prin tumoare sau proces siringomielic etc. Percuţia osului radial produce flexiunea mîinii şi degetelor, cu dispariţia mişcărilor antebraţului (pronaţia). (D.B.)

Babinski, reflexul de apărare; reflexul Babinski-Iarkovski; reflexul de scurtare *(réflexe des raccourcisseurs, shortening reflex)*; tripla flexie *(triple flexion)*. Se produce prin leziuni extinse ale măduvei spinării. Se caracterizează prin flexiunea

Scanned with OKEN Scanner

extremităţilor inferioare în articulaţiile tibio-tarsiană, a genunchiului, coxo-femurală, în urma excitaţiei tegumentelor feţei dorsale a piciorului, plantei sau gambei. (D.B.)

Babinski, simptomul pronaţiei automate; în hemipareze. Dacă se întind mîinile înainte în supinaţie, de partea bolnavă apare rapid pronaţia. (D.B.)

Babinski, simptomul adiadocokineziei; datorit leziunii emisferelor cerebeloase sau cerebrale. Se caracterizează prin incapacitatea de a efectua mişcări rapide alternante cu extremităţile (de exemplu, alternativ pronaţia şi supinaţia mîinilor). (D.B.)

Babinski (1914), simptomul agnosognoziei; bolnavul nu-şi dă seama de propria boală (de exemplu paralizia extremităţilor stîngi). Depinde de leziunea lobului parietal sau a talamusului drept. Uneori se observă în leziunile cerebrale produse de un proces embolic. (D.B.)

Babinski, simptomul cerebelos; catalepsia cerebeloasă. Bolnavul în decubit dorsal poate să menţină timp îndelungat, fără să obosească, extremitatea inferioară ridicată în sus, flectată în articulaţia coxofemurală şi a genunchiului. (D.B.)

Babinski, simptomul muşchiului subcutanat al gîtului; în hemipareză: muşchiul subcutanat al gîtului (pielosul) de partea parezei se contractă defectuos în timpul deschiderii maxime a gurii sau coborîrii bărbiei. (D.B.)

Babinski, simptomul; în hemipareză. Se caracterizează prin flexiunea excesivă a antebraţului pe braţ de partea parezei. (D.B.)

Babinski, simptomul; în sciatică. Absenţa sau diminuarea reflexului tendonului lui Achille. Acest simptom diferenţiază sciatica organică de cea isterică. (D.B.)

Babinski, simptomul complex flexor; în hemiplegie. Bolnavul, în decubit pe planşeu, cu mîinile încrucişate pe torace, încearcă să se aşeze. De partea parezei, extremitatea inferioară se flectează şi călcîiul se ridică de la nivelul solului, în timp ce extremitatea de partea sănătoasă rămîne nemişcată. Acest simptom se observă de asemenea cînd bolnavul încearcă să se culce din poziţia aşezată. Simptomul apare în leziunile organice; uneori se observă în parezele isterice. (D.B.)

Babinski, simptomul supinaţiei; în bolile cerebelului. Supinaţia extremităţilor superioare îndreptate şi întinse înainte produce o poziţie mai înaltă a policelui de partea bolnavă decît de cea sănătoasă. (D.B.)

Babinski, simptomul auricular; vertijul voltaic *(vertige voltaique).* Se caracterizează prin ameţeală, uneori asociată cu greaţă sau vărsături, precum şi cu înclinarea capului şi trunchiului, care apar prin acţiunea curentului galvanic asupra urechii medii. În bolile labirintului, capul se înclină de partea urechii bolnave şi nu de partea cîmpului pozitiv ca în mod normal.

Bibl. — PORTMAN G.: L'exploration clinique en oto-rhino-laryngologie, Paris, 1948. (D.B.)

Babinski, sindromul; asocierea de tulburări cardio-vasculare cu meningomielită cronică de origine sifilitică, cu tabes, paralizie progresivă sau alte semne tardive de sifilis. (D.B.)

Babinski-Froelich, sindromul; sindromul Froelich; sindromul Launois-Cleret; sindromul Langeron; distrofia adipozogenitală *(dystrophie adiposo-genitalis);* sindromul hipofizar adipozo-genital; sindromul hipofizo-talamic. Descris în 1899 de autorul polonez Pechkranz, în 1900 de Babinski, în 1901 de Froelich şi în 1910 de Launois şi Cleret. Se caracterizează prin leziunea mezencefalului şi tulburări hormonale hipofizare: adipozitate la nivelul bazinului, regiunii inferioare abdominale, coapselor, glandelor mamare, cefei şi umerilor, hipoplazia organelor genitale. Se observă cel mai frecvent în perioada maturizării sexuale, cu predilecţie la băieţi. La adulţi, absenţa caracterelor sexuale terţiare, impotenţă genitală, amenoree. Dacă sindromul apare în copilărie, creşterea este inhibată, există *genu valgum.* În tumorile cerebrale: cefalee, convulsii, hemianopsie, uneori diabet insipid. Nivelul glicemiei este scăzut, curba glicemiei este alungită. Cauza este tulburarea funcţiilor mezencefalului, predominant prin tumori şi inhibiţie secundară a funcţiei hipofizei cu secreţie diminuată de gonadotropină; se observă de asemenea în tumorile bazei

Scanned with OKEN Scanner

creierului şi adenoamele hipofizare. (D.B.)

Babinski-Froment (1918), sindromul fiziopat; se caracterizează prin pareze şi contracturi musculare de tip isteric, consecutive unei traume (de obicei uşoare), cu tulburări neurologice de tip reflex (sindrom dureros, sindrom cauzalgic, edeme posttraumatice, osteoporoză posttraumatică dureroasă, tulburări trofice şi vasomotorii).

Bibl. — BABINSKI, FROMENT: Hystérie, pithiatisme, troubles nerveux d'ordre réflexe, Paris, 1918. (D.B.)

Babinski-Gendron (1912), sindromul; meningita necrotoxică reactivă *(meningitis necrotoxica reactiva);* meningita reactivă, produsă de distrugerea ţesutului cerebral. Este un sindrom de meningomielită aseptică.

Bibl. — JAKIMOWICZ W.: *Neurol. pol.*, 1933, 16. (D.B.)

Babinski-Nageotte, sindromul; vezi Wallenberg-Babinski-Nageotte, sindromul. (D.B.)

Babinski-Sudeck-Leriche, boala; osteoporoza posttraumatică *(osteoporosis posttraumatica);* decalcifierea posttraumatică a oaselor; atrofia acută a oaselor. Se traduce pe clişeul radiografic prin zone de osteoporoză la nivelul osului traumatizat. Etiologia complet neprecizată. După Leriche, aceste modificări sînt consecutive unei tulburări circulatorii, care, la rîndul ei, este rezultatul traumei sistemului nervos simpatic. În general, boala se observă în fracturi, dar poate apărea şi în traumatismele limitate la ţesuturile moi.

Bibl. — CZERUCKI W.: *Postepy Chir.*, 1954, 1. (D.B.)

Babinski-Weigl (1913), proba mersului cu ochii închişi; în caz de tulburări ale echilibrului bolnavul se apleacă în direcţia focarului patologic. (D.B.)

Baccelli, simptomul; transmiterea bună a cuvintelor şoptite, în cazurile de exsudat pleural care conţine o cantitate mică de elemente celulare. (D.B.)

Bader, dermostomatita; vezi Stevens-Johnson, complexul simptomatic.

Baeltz, complexul simptomatic; cheilita glandulară supurativă superficială *(cheilitis glandularis suppurativa superficialis).* Inflamaţie superficială purulentă a glandelor salivare distopice. Descris în 1890. Etiologia necunoscută. Pe buze, cu predilecţie cea inferioară, apar exanteme solitare, asemănătoare cu lichenul simplu. După îndepărtarea crustei se observă eroziuni, rezistente la tratament. Simptomul de rouă pozitiv. Există posibilitatea transformării maligne.

Bibl. — MICHALOWSKI P.: *Czas. stomat.*, 1951, 4, 7, 185. (D.B.)

Baeltz, coloraţia pielii; descrisă în 1896. Colorarea galbenă-portocalie a tegumentelor după utilizarea excesivă în alimentaţie de portocale, dovleac şi morcovi. Pigmentul (carotina) se găseşte în straturile superficiale ale epidermului.

Bibl. — MIJAKE S.: *Arch. Dermat.*, 1924, 147, 184. (D.B.)

Baer, simptomul *(Baer's sign):* prin compresiunea la nivelul articulaţiei sacroiliace, modificată patologic, efectuată prin peretele abdominal, apar dureri. (D.B.)

Bainbridge, reflexul (simptomul) accelerarea reflexă a pulsului şi respiraţiei în timpul umplerii cu sînge a atriului drept. Pereţii destinşi ai atriului drept şi ai ramurilor venelor cave diminuează tonusul centrilor nervilor vagi, ducînd la accelerarea pulsului şi respiraţiei. Se observă în cazurile de supraumplere cu sînge a sistemului venos.

Bibl. — CZUBALSKI F.: Fizjologia ukladu krazenia, Varşovia, 1956. (D.B.)

Baker, chistul *(cystis Bakeri);* hernia poplitee; descrisă în 1877. Se caracterizează prin tumefacţia articulaţiei genunchiului, datorită unui proces inflamator exsudativ în articulaţie; sînt posibile şi alte cauze. Tumefacţia trebuie cercetată între cele două capete ale muşchiului gastrocnemian; partea tumefiată a chistului se întinde pînă la ţesutul subcutanat şi, în virtutea gravităţii, este îndreptată în jos. În regiunea poplitee, tumefacţia este situată deasupra sau dedesubtul pliului popliteu. Uneori există cîteva chisturi. Prezenţa chistului poate produce simptome de compresiune a venei poplitee şi edemul gambei, iar uneori şi limitarea mişcărilor în articulaţia genunchiului. Nu trebuie confundat cu alte chisturi din regiunea poplitee, ca bursa gastro-cnemio-semimem-

Scanned with OKEN Scanner

branoasă sau *hygroma retrogenuale bursae anserinae.*

Bibl. — HAGGART G. E.: *Ann. Surg.*, 1943, 118, 438. (D.B.)

Baker, sindromul; sindromul tusei *(cough syndrome);* vezi Charcot, ictus laringitic. (D.B.)

Baker-Miur, complexul simptomatic; pseudoatrofodermul gîtului *(pseudoatrophoderma colli).* Se caracterizează prin apariţia unor modificări asemănătoare cu vitiligo la nivelul gîtului şi zonei superioare a cutiei toracice. În zonele depigmentate, pielea este atrofică; aceste zone sînt înconjurate de un halou de hiperpigmentaţie, pe care se observă descuamaţia epidermului. Complexul simptomatic face parte din displaziile ectodermale congenitale. Se sugerează posibilitatea avitaminozei A.

Bibl. — BECKER, WILLIAM S.: *Arch. Derm. Syph. (Chic.),* 1934, 22, 53. (D.B.)

Balduzzi (1926), reflexul; reflexul contralateral adductor: adducţia şi rotaţia medială a extremităţilor inferioare consecutiv percuţiei tălpii. Se observă în leziunile căilor piramidale. (D.B.)

Balduzzi-Peiper (1932), reacţia de sprijinire: atingerea cu mîna a tălpii copilului, situat în decubit ventral; produce apăsarea cu piciorul a mîinii examinatorului. (D.B.)

Balint, simptomele; „paralizia psihică a vederii" *(Seelenlähmung des Schauens),* din debilitatea mintală senilă progresivă. Constă în incapacitatea de a privi în unele direcţii şi de a fixa, deşi funcţionalitatea muşchilor oculari este normală. (D.B.)

Ballard-Miller (1945)-**Degen** (1945)-**Paie** (1946), sindromul; encefalopatie după meningoencefalită. Constă în tulburări ale memoriei şi conştiinţei, absenţa de iniţiativă, stare depresivă, labilitate afectivă, cefalee şi ameţeli, dureri în coloana vertebrală, oboseală rapidă (D.B.)

Ballet, simptomul; descris în 1888. Se observă în boala Basedow. Se caracterizează prin imobilitatea parţială sau totală a unuia sau a tuturor muşchilor oculari externi, dar fără tulburări ale muşchilor interni. (D.B.)

Bally, boala; vezi Feer, boala. (D.B)

Balme, complexul simptomatic; tusea Balme; descris în 1888. Denumire, ieşită în prezent din uz, dată acceselor de tuse nocturnă, cînd bolnavul este culcat, datorită inflamaţiei cronice a amigdalei palatine. (D.B.)

Balo, boala; encefalita periaxială concentrică *(encephalitis periaxialis concentrica).* Clinic aminteşte boala Schilder. Diagnosticul se stabileşte de obicei la necropsie. În zonele mijlocii ale substanţei albe a encefalului se pot găsi focare rotunde, constînd din cordoane rotunde centripete (cenuşii şi albe), dispuse în foi de ceapă. Clinic, boala produce frecvent sindromul de hipertensiune intracraniană cu papilă de stază. (D.B.)

Balser, sindromul; necroza Balser *(necrosis Balseri);* necroza grăsoasă a pancreasului; descris în 1882. Constă în apariţia la nivelul ţesutului gras al pancreasului şi în structurile adiacente, în ţesutul retroperitoneal, epiploon şi chiar în ţesutul subcutanat, a unor focare de necroză albe sau gălbui, în inflamaţia hemoragică acută a pancreasului sau alte leziuni ale acestuia. Aceste focare sînt consecinţa creşterii secreţiei de fermenţi pancreatici — lipaza — care ies din canalele pancreatice şi digeră ţesutul grăsos din jur. În focare se găsesc ace de acizi graşi şi săruri de calciu.

Bibl. — BALSER W.: *Arch. Path. Anat.,* 1882, 93, 520. (D.B.)

Balzer, xantomul elastic *(xanthoma elasticum);* vezi Darier, pseudoxantomul elastic. (D.B.)

Balzer-Ménétrier, varietatea „albă" a adenomului grăsos; descrisă în 1885. Denumirea derivă de la culoarea nodulilor. În această varietate nu se observă modificări patologice din partea sistemului nervos. Structura histologică este foarte asemănătoare cu aceea din epiteliomul adenomatos Brooke.

Bibl. — PAWLOWSKI ST.: *Przegl. Derm. Wener.,* 1955, 1, 15. (D.B.)

Bamb, boala; vezi Silvest, boala. (D.B.)

Bamberger, simptomul; matitate sau submatitate sub omoplatul stîng, uneori cu intensificarea vibraţiilor toracice şi raluri respiratorii cu nuanţă bronşică. Se

Scanned with OKEN Scanner

observă în exsudatele pericardice abundente şi, cu mare probabilitate, se datoreşte compresiunii şi atelectaziei pulmonare (D.B.)

Bancroft, boala; filarioza *(filariasis)*; descrisă în 1876. Infecţia este produsă de *Wucheria Bancrofti*, transmisă de ţînţarul *Culex fatigans*. Este o boală endemică în Asia, Africa tropicală, America de Sud şi Centrală şi în insulele Oceanului Pacific. Afectează ganglionii limfatici; aceasta este cauza elefantiazisului, simptomelor alergice şi infecţiilor secundare. (D.B.)

Bang, boala; bruceloza, varietatea *abortus*, produsă de bacilul *abortus bovis*; descrisă în 1921 de Bevan. Nume care nu se utilizează în mod obişnuit. Bruceloza este o entitate nosologică produsă de diferite varietăţi de brucele. Infecţia se observă frecvent la veterinari şi mulgători. Contagiunea se face prin tegumente, mai rar pe cale digestivă. Boala se caracterizează prin polimorfismul accentuat al simptomelor. Temperatură ondulantă, mai des neregulată. Transpiraţii profuze, artralgii şi mialgii, astenie progresivă, hepatosplenomegalie. Perioada acută durează 2—3 luni; o parte din cazuri trec în forma cronică, cu durată de ani; există şi forme primar cronice. Pentru forma acută este caracteristică starea generală bună cu toată temperatura ridicată; în formele cronice sînt afectate în special aparatul locomotor şi sistemul nervos. Importanţă esenţială pentru diagnostic au reacţiile serologice, indicele opsonino-fagocitar, proba cutanată Burnett şi normalitatea vitezei de sedimentare a hematiilor. (D.B.)

Bannet, fractura; fractura primului metacarpian cu luxaţie *(fractura ossis I metacarpi cum luxatione)*; fractura boxerilor. Se caracterizează prin fractura bazei primului metacarpian, cu luxaţie laterală, consecutive unei lovituri puternice pe axul acestuia. Fragmentul triunghiular fracturat al primului metacarpian rămîne la locul său.

Bibl. — RANEY R. B.: *Surg. Gynec. Obstet.*, 1933, 6, 197. (D.B.)

Bannister, boala; edemul cutanat circumscris acut *(oedema cutis circumscriptum acutum)*; vezi Quincke, edemul. (D.B.)

Banti, boala; boala Frugoni; sindromul Banti (Tempka); descrisă în 1894. Se observă mai frecvent pe ţărmurile Mării Mediterane. În evoluţia bolii se disting trei perioade: stadiul I (3—12 ani) — mărire treptată a splinei pînă la un volum important şi anemie hipocromă progresivă cu microcitoză, poichilocitoză şi absenţa semnelor de regenerare sanguină, frecvent asociată cu leucopenie şi cu temperatura în general ridicată; stadiul al II-lea (cu durată de aproximativ 1 an) — simptome progresive de ciroză hepatică, cu hepatomegalie; stadiul al III-lea (pînă la 1 an) — diminuarea volumului ficatului, ascită, icter; temperatura creşte, anemia se agravează; diaree frecventă, apare caşexie. Etiologie necunoscută.

Bibl. — PATRASI G.: *Ergebn. inn. Med. Kinderheilk.*, 1942, 62, 132. (D.B.)

Bàràny, simptomul abducţiei; descris în 1912. Devierea degetului întins, de partea emisferei cerebeloase lezate, ca manifestare a tulburării simţului orientării. (D.B.)

Bàràny, complexul simptomatic; hemicrania cerebeloasă *(hemicrania cerebellaris)*; migrena optică (Escat); descris în 1911. Simptome: ameţeli de tip labirintic, cărora li se asociază surzenie homolaterală de diferite grade, zgomote în ureche şi cefalee unilaterală în regiunea occipitală de aceeaşi parte. Concomitent se observă deviere de partea bolnavă, prin proba indicatoare Bàràny. Complexul simptomatic este consecinţa inflamaţiilor nepurulente ale fosei occipitale, tumorilor cerebeloase, inflamaţiei seroase a meningelor, echinococozei, traumelor craniene. S-au descris şi observaţii familiale.

Bibl. — BÀRÀNY R.: *Med. Klin.*, 1911, 7, 1 818. (D.B.)

Bardet-Laurence-Biedl-Biemond, complexul simptomatic; vezi Laurence-Moon-Biedl, complexul simptomatic. (D.B.)

Bard-Pic, sindromul; sindromul Courvoisier-Terier; sindromul Courvoisier; sindromul Pic; sindromul pancreato-biliar *(syndroma pancreatico-biliare)*; descris de Bard şi Pic în 1888. Complex simptomatic datorit cancerului de cap de pancreas cu compresiunea coledocului: icter mecanic, hepatomegalie şi mărirea colecistului.

Bibl. — BARD L., PIC A.: *Rev. Méd. (Paris)*, 1888, 8, 257 şi 363. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Barferstedt, limfadenoza cutanată benignă *(lymphadenosis cutis benigna)*; vezi Spiegel-Fendt, sarcoid. (D.B.)

Barile, sindromul; reticuloendoteliază cu eritremie *(reticuloendoteliosis con eritremia)*. Varietate a bolii di Guglielmo (vezi aceasta), de care se diferenţiază prin predominanţa reticuloendoteliozei asupra eritremiei. Nu se ştie dacă eritremia şi reticuloendotelioza sînt manifestări ale unuia şi aceluiaşi proces patologic sau dacă sînt procese care evoluează paralel. (D.B.)

Barkman, reflexul; contracţia muşchiului drept abdominal prin excitaţia pielii sub mamelonul glandei mamare de aceeaşi parte. (D.B.)

Barraquez-Bordas, simptomul; flexiunea plantară excesivă a piciorului în timpul încercării de a produce reflexul Babinski. Poate indica leziune organică sau tulburare funcţională a cîmpului 6 Brodman.

Bibl. — BARRAQUEZ-BORDAS L.: *Med. clin. esp.*, 1952, 27, 158. (D.B.)

Barraquez-Bordas-Ruiz-Lara (1952), sindromul: atrofia toxică a cerebelului pe fond canceros. Se dezvoltă rapid simptomele atrofiei bilaterale a cerebelului, în prezenţa cancerului bronşic.

Bibl. — *Rev. din. esp.*, 1952, 45, 2, 114. (D.B.)

Barraquez-Roviralt (1921), reflexul; reflex plantar patologic cu hiperflexie, datorit leziunii căilor piramidale: hiperflexia plantară a tuturor degetelor prin excitaţia plantei. (D.B.)

Barré, sindromul disarmonic; în leziunile emisferelor cerebeloase. Tulburare a mersului, cădere la proba Romberg, nistagmus. (D.B.)

Barré, paralizia spastică uşoară; vezi Heine-Medin, boala. (D.B.)

Barré (1924), simptomul verticalei; proba cu firul de plumb din complexele simptomatice vestibulare şi cerebeloase. Bolnavul, situat în faţa firului de plumb, deviază axul corpului de la verticală (lateropulsia). (D.B.)

Barré, simptomul; dureri la distanţă. În evoluţia sindroamelor mielitice compresive, dureri localizate în cavitatea abdominală şi extremităţile inferioare, sub formă de compresiune, arsuri, senzaţie de răceală sau fierbinţeală în extremităţi. (D.B.)

Barré, simptomul piramidal; publicat în 1928. Extremitatea superioară; se pune bolnavul să-şi aranjeze mîinile în aşa fel încît palmele să fie aşezate una peste cealaltă şi degetele peste degete; în leziunile căilor piramidale se observă, după 3—4 secunde, pareză radială de tip periferic. Extremităţile inferioare: hemiplegie flască care nu produce contractură, cu hipotonie musculară, absenţa sau diminuarea reflexelor tendinoase, areflexie cutanată şi absenţa reflexelor Babinski şi plantar. (D.B.)

Barré, simptomul; în hemipareze: cînd extremităţile superioare sînt întinse înainte, degetele mîinii de partea parezei sînt mai puţin răsfirate. (D.B.)

Barré, simptomul; în sciatică: apariţia diminuării tonusului muşchilor gambei cu atrofie musculară asociată. (D.B.)

Barré, simptomul; vezi Mingazzini, simptomul. (D.B.)

Barré, simptomul: menţinerea timp de cîteva secunde a extremităţii superioare în poziţia imprimată de medic. Este datorit leziunilor lobilor frontali. (D.B.)

Barré, simptomul; în psihopatii: reacţia (contracţia) mai slabă a pupilelor la lumină. (D.B.)

Barré (1928), sindromul piramidal defectiv: hemiplegie flască care nu produce contractură, cu hipotonie musculară, absenţa sau diminuarea reflexelor tendinoase, areflexie cutanată şi absenţa reflexelor Babinski şi plantar. (D.B.)

Barré-Liéou, complexul simptomatic al lanţului simpatic cervical posterior; publicat în 1926. Se caracterizează prin puseuri de cefalee, în special în regiunea temporală, ameţeli, dureri la nivelul gîtului şi feţei, tulburări de auz sub formă de vîjîieli, fluierături, tulburări de vedere, dureri în globii oculari. Uneori se observă parestezii faciale, astenie fizică şi psihică. Variantele bolii: 1) complexul simptomatic Barré-Bartshie — tulburările de vedere din complexul simptomatic al lanţului simpatic cervical posterior; 2) Bartshie-Rochaix — migrenă cervicală (complex simptomatic de origine traumatică); 3) complexul simptomatic Gull — tulburări oculomotorii şi bulbare, monoplegia extremităţilor superioare în forma suboccipitală a morbului Pott. Cauza complexu-

Scanned with OKEN Scanner

lui simptomatic poate fi discopatia vertebrală C_5—C_6 sau procese deformante ale vertebrelor cervicale, care, excitînd lanţul simpatic al arterei vertebrale, produce tulburări vasomotorii la nivelul arterelor auriculară internă şi bazale. (D.B.)

Barré-Metzger, simptomul; semn de disarmonie vestibulară. Se observă în bolile cerebelului: nistagmus, înclinare şi cădere de partea focarului patologic, în contrast cu nistagmusul de origine labirintică. (D.B.)

Bartenwerfer, boala, boala Morquio tip Bartenwerfer; disostoza encondrală metaepifizară *(disostosis enchondralis metaepiphysaria)* Morquio; descrisă în 1924. Se caracterizează prin aspectul mongoloid al feţei, boltă palatină ogivală şi nanism disarmonios. La nivelul cutiei toracice se găsesc semne de rahitism şi şanţ Harrison. Extremităţile superioare par prea lungi, consecutiv turtirii vertebrelor, lordozei şi devierii laterale a coloanei vertebrale. Luxaţie coxo-femurală bilaterală. Picioare strîmbe şi plate. Radiolgic se constată absenţa, deformaţii sau distrugerea oaselor umărului şi şoldului. Vertebrele sînt turtite, deformate.

Bibl. — UHLING H.: *Arch. Kinderheilk.*, 1954, 148, 22. (D.B.)

Barthelemy, acnita tuberculoasă *(acnitis tuberculosa);* tuberculide papulo-nodulare *(tuberculides papulo-nodulares).* Modificări de tipul tuberculozei papulonecrotice, la nivelul feţei, produse de diseminarea hematogenă a micobacteriei tuberculozei. Reacţia la tuberculină este intens pozitivă. Evoluţia este cronică, cu acutizări. Starea generală este bună.

Bibl. — LEYMON C. W., MICHELSON H. E.: *Arch. Derm. Syph. (Chic.),* 1940, 42, 625. (D.B.)

Barton, fractura; fractura marginii posterioare a radiusului *(fractura marginis posterioris radii);* fractura şoferilor; descrisă în 1928. Constă din fractura marginii posterioare a radiusului, cu deplasarea fragmentelor înapoi şi în sus, şi cu tendinţă la sudare în articulaţia cotului. Pe clişeele radiologice obişnuite, de faţă şi profil, diagnosticul este dificil, se observă însă bine pe clişeele oblice. Este frecventă la şoferi, producîndu-se în efortul de a porni motorul cu manivela: mişcare bruscă şi lovitură puternică în atriculaţia cubito-carpiană.

Bibl. — COLLONNA P. C.: *Reg. orthop. Surg.*, 1950, 1, 268. (D.B.)

Bartschi-Rochaix, sindromul; vezi Barré-Liéou, sindromul.

Basedow, boala; vezi Graves-Basedow, boala. (D.B.)

Basedow, mixedemul tuberos pretibial *(myxoedema tuberosum praetibiale).* Se observă în hiperfuncţia glandei tiroide după extirparea chirurgicală a acesteia, ca şi după tratament medicamentos sau roentgenterapie, ca un rezultat al secreţiei excesive de hormon tireotrop. Se caracterizează prin **apariţia de infiltrate** tuberoase, plate, rău delimitate pe suprafaţa anterioară a gambelor.

Bibl. — WATRIN J., MERAUD A., BORDENAVE P.: *Ann. Derm. Syph.*, 1958, 73, 23. (D.B.)

Basel-Hagen, boala; agenezia extremităţii inferioare a cubitusului *(agenesis extremitatis inferioris ulnae);* hipoplazia congenitală a capului distal al cubitusului, de grad mai mult sau mai puţin important. Capul proximal al acestui os este alungit şi subţire. Se observă de asemenea atrofia muşchilor antebraţului, curbarea cubitusului sau luxaţia capului acestuia, care, proeminînd sub tegumente, le poate leza.

Bibl. — BESNARD-ULVELING: Thèse, Paris, 1944, 320. (D.B.)

Bastedo, simptomul; în apendicita cronică. Se caracterizează prin apariţia de dureri datorite iritaţiei cecului. După evacuarea intenstinului gros prin clismă se introduce în rectul bolnavului, aşezat în decubit dorsal, un tub de cauciuc moale, pe o distanţă de 10—15 cm; prin cateter se introduce aer. În apendicita cronică, acest procedeu produce dureri la nivelul cecului. Această metodă nu trebuie utilizată în apendicita acută sau subacută. (D.B.)

Bateman, complexul simptomatic; herpesul irisului *(herpes iris);* eritemul irisului *(erythema iris);* hidroa veziculară Bazin. Este o varietate a eritemului polimorf, în care vezicula este înconjurată de un halo roşu, pe care sînt dispuse în cerc vezicule de diferite dimensiuni.

Bibl. — GRACIANSKY, BOULLE: Atlas de dermatologie, II, 1952. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Batler, conul posterior al corneei *(keratoconus posticus);* corneea conică posterioară descris în 1930. Se caracterizează prin mărirea curburii suprafeţei posterioare a corneei, ducînd la subţierea porţiunii axiale a acesteia. Poate lua forma de perforaţie centrală a corneei sau aproape a întregii suprafeţe a acesteia. Etiologie necunoscută; ar putea să reprezinte un defect de dezvoltare sau consecinţa unui traumatism.

Bibl. — JACOBS H. B.: *Brit. J. Ophthal.*, 1957, 41, 31. (D.B.)

Baton-Camp-Leve (1939): calcificarea la nivelul nucleilor de la bază, observată la copiii mai mari. Pe radiografia craniului se traduce prin pete sau opacităţi mici tranzitorii. Reprezintă modificări secundare după degenerescenţa coloidă. Clinic se observă simptome de tetanie, tulburări psihice, crize convulsive. (D.B.)

Batten, boala; ataxia cerebeloasă congenitală *(ataxia cerebellaris congenita);* se produce prin hipoplazia congenitală a cerebelului. Simptome: adinamie, tremor intens, tulburări de vorbire. (D.B.)

Batten-Mayou, boala; vezi Vogt-Spielmeyer, boala. (D.B.)

Baumann-Loeper, complexul simptomatic; leiastenia; complexul simptomatic abdomino-vascular; descris în 1942. Apare ca rezultat al insuficienţei lobului posterior al hipofizei. Constă din prezenţa atoniei gastro-intestinale (dispepsie), tensiune arterială diminuată, dilatarea pupilelor (midriază), diminuarea reflexelor şi atonie musculară.

Bibl. — LOEPER, BAUMANN: *Progr. med. (Napoli),* 1942, 4, 117. (D.B.)

Bayle (1882), boala; paralizia progresivă *(paralysis progressiva);* produsă de encefalita cronică sifilitică. Constă din tulburări psihice (neurastenie, debilitate mintală, sindroame maniacale, depresive etc.), simptome neurologice (dimensiune diferită a pupilelor, simptomul Argyll-Robertson, atacuri de paralizie, tulburări tabetice ale vorbirii, în special dizartritice), modificări tipice ale lichidului cefalo-rahidian (reacţia Wassermann pozitivă, reacţiile globulinice crescute, reacţia tipică cu aur). (D.B.)

Bazin, acneea cheloidă *(acne keloidea);* vezi Ehrmann, *folliculitis scleroticans nuchae.*

Bazin, eritemul indurat *(erythema induratum);* tuberculoza cutanată indurativă *(tuberculosis cutis indurativa);* eritemul indurat al scrofuloşilor; tuberculoza indurativă sau eritemul indurativ; descris în 1885. Cauza constă în diseminarea hematogenă a micobacteriei tuberculoase, cu tulburări circulatorii consecutive (acrocianoză, marmorare, ectazie varicoasă a venelor). Sînt afectate în special femeile tinere. Pe gambe, predominant pe faţa flexorie, apar noduli cutaneo-subcutanaţi, dureroşi la presiune. Starea generală este puţin alterată, evoluţia cronică, recidivantă.

Bibl. — KAPUŚCINSKI S.: *Pam. 12 Zjazdu Pol. Tow. Dermat.,* 1948, 138. (D.B.)

Bazin, *hydroa vacciniforma;* descrisă în 1860. Apare ca rezultat al hipersensibilităţii congenitale sau dobîndite faţă de razele solare. În unele cazuri se asociază leziune hepatică şi porfirinurie periodică. Pe segmentele descoperite (faţă, faţa dorsală a mîinilor, antebraţelor), primăvara sau vara, o dată cu eritem şi papule, apar vezicule de diferite dimensiuni, cu depresiune ombilicată în centru, care se transformă în ulceraţii şi lasă cicatrice. Ca rezultat al recidivelor sezoniere apar zone atrofice, cicatrice şi dermatosclerozã. Pot să apară şi pe conjunctive, cornee şi mucoasa cavităţii bucale. Boala debutează la vîrsta de 2—5 ani.

Bibl. — EPSTEIN J.: *Invest. Derm.,* 1942, 5, 187. (D.B.)

Bazin, complexul simptomatic; calazodermia; calodermia Ketly; tegumente laxe; tegumente atîrnînde *(cutis laxa, cutis pendula);* dermatocalazia *(dermatochalasis).* Flacciditatea pielii în anumite zone, foarte rar generalizată (Dubreuilh), sub forma de pliuri cutanate atîrnînde, des hiperpigmentate. Complexul simptomatic se observă des în boala Recklinghausen, este congenital, familial şi ereditar.

Bibl. — SIEMENS H., EINDHORN C.: *Arch. Derm. Syph.,* 1942, 183, 135. (D.B.)

Bazin, complexul simptomatic; hidroa veziculară; vezi Bateman, complexul simptomatic. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Béal, conjunctivita; conjunctivita foliculară acută *(conjunctivitis follicularis acuta)*; conjunctivita acută cu foliculi tip Béal *(acute conjunctivitis with follicles type Béal)*; descrisă în 1937. Se caracterizează prin debut brusc, simptome clinice moderate, inflamaţia ganglionilor limfatici preauriculari; vindecare totală bruscă. Se observă la adulţi. Al doilea ochi este afectat după 2—5 zile. Simptomele se accentuează timp de 3—6 zile, regresiunea durează 1—3 săptămîni. Etiologie virală. Recent se consideră că această boală este identică cu febra faringoconjunctivală.

Bibl. — THYGESON P., JAWETZ E.: *Amer. J. Ophthal.*, 1957, 43, 4/II, 161. (D.B.)

Beard, boala; denumire istorică a neurasteniei, descrisă de autor în 1895, ca „boala americană". Beard a diferenţiat mai multe forme de neurastenie: neurastenia cerebrală, spinală, digestivă, sexuală, traumatică, isterică. (D.B.)

Bechterev (1893), boala; spondilita anchilopoietică *(spondylitis ankylopoetica)*; descrisă de P. Marie (1898) ca spondiloza rizomelică, de Struempel (1897) ca spondilita osificantă ligamentoasă *(spondylitis ossificans ligamentosa)*, de Simmonds ca sindesmită osificantă *(syndesmitis ossificans)*. Este inflamaţia articulaţiilor mici ale coloanei vertebrale, începînd de obicei cu inflamaţia articulaţiilor lombo-sacrate. Procesul inflamator se întinde în sus în focare, producînd decalcifierea vertebrelor, diminuarea spaţiilor interarticulare, precum şi calcificarea ligamentelor. În prima perioadă predomină simptomele dureroase, apoi cele ale artrodezei vertebrale şi ale aşa-numitei ţinute „Lazăr, scoală-te din mormînt". Uneori, boala evoluează în formă discretă, cînd modificările interesează exclusiv vertebrele D_{10}—L_3: aşa-numita spondilită ligamentoasă parţială Weil *(spondylitis ligamentosa partialis)*. Radiologic se decelează tipicul simptom al „bastonului de bambus". (D.B.)

Bechterev, cifoza ereditar-traumatică; consecutivă unei traume a coloanei vertebrale cu ruperea ligamentului anterior lung al coloanei, care, apoi, osificîndu-se, poate duce la compresiunea măduvei spinării şi pareză transversă. (D.B.)

Bechterev (1902), reflexul; reflexul ocular, vezi reflexul Moro, reflexul Wartenberg. (D.B.)

Bechterev (1900), reflexul scapulo-brahial; reflex fiziologic, descris mai tîrziu de Steiner ca reflexul infraspinal *(infraspinatus)* (1902). Absenţa reflexului arată leziunea la nivelul C_5. (D.B.)

Bechterev, reflexul: flexiunea plantară a degetelor şi piciorului produce flexiunea dorsală reflexă a piciorului şi flexiunea în articulaţia genunchiului şi coxofemurală. (D.B.)

Bechterev, reflexul: dilatarea pupilei sub acţiunea luminii. Se observă uneori în tabes şi paralizia progresivă. (D.B.)

Bechterev, reflexul: percuţia în regiunea internă a coapsei produce contracţia muşchilor abdomenului. (D.B.)

Bechterev, reflexul bicepsului; reflex fiziologic: contracţia bicepsului consecutivă percuţiei la nivelul acromionului sau apofizei coracoide. (D.B.)

Bechterev, reflexul fiziologic al maxilarului inferior: închiderea gurii deschise, prin percuţia mandibulei. (D.B.)

Bechterev, reflexele (I, II, III); vezi Rossolimo, reflexul. (D.B.)

Bechterev, simptom din hemiplegie: dacă se flectează pasiv antebraţul şi apoi se lasă liber, extremitatea de partea hemiplegiei cade mai încet. (D.B.)

Bechterev, simptomul sciaticului; în sciatică: imposibilitatea de a îndrepta membrul inferior bolnav, cînd extremitatea sănătoasă este întinsă, şi invers. Flexiunea pasivă a coapsei în articulaţia coxofemurală în timpul extensiunii concomitente a genunchiului extremităţii sănătoase produce durere la nivelul osului sacrat şi al extremităţii bolnave. (D.B.)

Bechterev, sindromul hipertoniei; după hemoragie: hipertonie musculară predominantă asupra parezei, excitabilitate mecanică musculară crescută, convulsii tonice. Traduce leziunea nucleilor striat şi palid.

Bibl. — BECHTEREW W.: *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 1899, 15. (D.B.)

Bechterev (1906) — **Marie Foix** (1910), reflexul; reflexul halucelui *(the toe reflex)* Sinclair (1888); flexiunea activă a tuturor articulaţiilor extremităţii inferioare con-

Scanned with OKEN Scanner

secutivă flexiunii pasive a degetului mare şi piciorului. Mecanism reflex — automatism medular. (D.B.)

Bechterev-Noto (1902), reflexul; reflexul subscapular şi pectoral; reflexul scapulo-toracic fiziologic. Se produce prin percuţia coastei a 7-a, între liniile axilare anterioară şi medie. (D.B.)

Becker-Reuter, complex simptomatic, descris în 1939. Se caracterizează prin apariţia familială — încă la copii de vîrstă mică — de numeroase pete pigmentate pe bărbie, gît, umeri, care devin mai accentuate după excitaţii nervoase. Atrofie redusă a epidermului la nivelul zonelor hiperpigmentate.

Bibl. — BECKER, REUTER: *Arch. Derm. Syph. (Chic.)*, 1939, 40, 6, 987. (D.B.)

Béclard, simptomul maturităţii fătului. Constă în stabilirea prezenţei nucleilor de osificare la epifiza inferioară a femurului.

Bibl. — * * * — Dorlands illustrated dictionary, Philadelphia-Londra, 1957, 1 242. (D.B.)

Bednar, afte; ulcerele traumatice ale palatului dur *(ulcera traumatica palati duri);* ulcerele pterigoide ale palatului nounăscuţilor *(ulcera pterygoidea palati neonatorum);* ulceraţiile Bednar; descrise în 1850. Apar în cavitatea bucală la nounăscuţi; sînt ulceraţii simetrice pe marginea posterioară a palatului dur, denumite impropriu afte.

Bibl. — MAMROT A.: *Med. Kron. lek.*, 1912, 17, 344. (D.B.)

Beevor, simptomul; datorită paraliziei muşchilor drepţi abdominali, cicatricea ombilicală proemineză deasupra nivelului abdomenului. (D.B.)

Beevor, simptomul; în paralizia funcţională: imposibilitatea de a menţine activitatea muşchilor antagonişti. (D.B.)

Beghie, boala: mişcări coreice generalizate sau localizate, de origine isterică. (D.B.)

Behcet, boala: complexul simptomatic Gilbert-Behcet; triada simptomatică; sindromul oculo-buco-genital; descrisă în 1940. Asocierea iritei bilaterale (inflamaţia irisului) cu candidoza cavităţii bucale şi ulceraţia mucoaselor genitale (la ambele sexe). În plus există modificări cutanate cu caracter eritematos şi, frecvent, dureri articulare acute. Etiologie necunoscută, poate virală. Produce des complicaţii din partea sistemului nervos sub forma de meningoencefalită acută cu un polimorfism marcat al simptomelor clinice (cefalee, simptome meningiene, cerebeloase, bulbare, hemiplegie, convulsii, tulburări psihice).

Bibl. — BEHCET CH.: *Dermatologica*, 1940, 81, 73. (D.B.)

Behr, boala; atrofia complexă familială ereditară a nervilor optici la vîrsta copilăriei; descrisă în 1909. Primele simptome apar brusc, la vîrsta de 3—13 ani, sub forma diminuării treptate a acuităţii vizuale, pînă la 2/50—5/25. Nu duce la cecitate completă. După cîţiva ani, acuitatea vizuală se stabilizează. Fundul de ochi, la început hiperemic, mai tîrziu arată atrofia papilei nervului optic (foarte des limitată de partea temporală; rar completă). La simptomele oculare se asociază simptome spastice (cel mai des, semnul Babinski) şi cerebeloase (dificultăţi în mers), precum şi diminuarea intelectului, uneori incontinenţă urinară (tulburări sfincteriene). Ţinuta este caracteristică: înclinarea înainte a părţii superioare a trunchiului. Concomitent se pot observa defecte de dezvoltare, ca criptorhidie, asimetria feţei, înfundarea globilor oculari de o parte, cataractă congenitală. Trebuie diferenţiată de boala Leber. Etiologia necunoscută.

Bibl. — MAJKOWSKI J.: *Klin. oczna*, 1959, 29, 403. (D.B.)

Behr, degenerescenţa familială a petei galbene; descrisă în 1920 (vezi degeneraţia Starhardt). Se observă sub două forme: adultă, care se dezvoltă după maturarea sexuală, de obicei în jur de 20—30 de ani, şi presenilă, observată destul de rar, între 40 şi 50 de ani. Etiologie necunoscută.

Bibl. — KOZLOWSKI B.: *Klin. oczna*, 1958, 28, 49. (D.B.)

Behr, simptomul; descris în 1909. Se observă în leziunile localizate în cele două treimi anterioare ale căilor optice. Nu este unanim recunoscut. Se caracterizează prin pupilă mai dilatată, cu reacţie slabă la lumină de partea contralaterală leziunii.

Bibl. — BEHR C.: *Graefes Arch.*, 1909, 70, 2. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Bell, boala; stare maniacală acută, evoluînd deseori pînă la moarte, în urma epuizării generale a organismului. (D.B.)

Bell, boala; prozoplegia. Leziunea periferică a nervului al VII-lea, care apare fără cauză decelabilă, frecvent după expunerea la frig. Produce pareze de diferite grade ale muşchilor mimicii feţei de partea leziunii (prozoplegia). De partea parezei se observă ştergerea pliurilor cutanate ale frunţii şi nazo-labiale, dilatarea fantei palpebrale şi ptoza comisurii bucale. Simptomelor motorii li se pot adăuga diminuarea senzaţiei gustului pe două treimi anterioare ale limbii, sensibilitate auditivă crescută (hiperacuzie) şi secreţie lacrimală intensificată. Se mai asociază simptomele Bell, Cestan, Dupuy-Dutemps, Foix, Froment, Govers, Negro, Pierre-Marie, Revillaud şi altele. (D.B.)

Bell, simptomul; descris în 1823. Se observă în paralizia Bell. Se caracterizează prin ridicarea în sus a globilor oculari şi, uşor, temporal, în încercarea de a închide pleoapele (prin deschiderea fantei palpebrale, datorită leziunii muşchilor orbiculari ai ochiului). Apare în paralizia subnucleară a nervului facial; lipseşte în paralizia centrală sau periferică a muşchilor care rotează în sus globul ocular. Exprimat mai intens de partea paraliziei nervului facial.

Bibl. — ZYROMSKA M.: *Wiad. lek.*, 1957, 10, 455. (D.B.)

Belot-Petenil, simptom; simptomul membranei hidatice reziduale (încarcerată): prezenţa de aer între membrana perichistică şi vezicula echinococică, prin dezlipirea acestora (se decelează radiologic). Se observă la bolnavii cu echinococoză pulmonară, cînd ţesutul pulmonar atelectaziat care se găseşte în imediata vecinătate a membranei hidatice se rupe în crizele de tuse, dînd astfel posibilitate aerului de a pătrunde sub membrană. (D.B.)

Benedek (1923), reflexul; reflex patologic al fasciei crurale, datorit leziunilor căilor piramidale. Percuţia cu ciocanul pe marginea anterioară a segmentului mediu al peroneului produce flexiunea plantară a piciorului. (D.B.)

Benedek, simptomul; clazomania: crize de ţipete stridente, care se prelungesc cîteva minute. Uneori se observă în encefalita letargică.

Bibl. — STERLING: *Neurol. pol.*, 1930, 13, 75. (D.B.)

Benedikt, sindromul; datorit leziunilor din zona supraiacentă piramidei, nucleului roşu şi rădăcinilor nervilor perechii a III-a. Paralizia perechii a III-a de nervi cranieni de partea focarului, tremurătura extremităţilor, mişcări atetozice contralaterale. Uneori se observă concomitent ataxie unilaterală de tip cerebelos de partea contralaterală. (D.B.)

Benjamin, sindromul; anemia constituţională *(konstitutionelle Anämie)* Benjamin; insuficienţa sistemului eritroblastic; descris în 1922. Se observă foarte rar ca boală primară, de obicei în primele săptămîni sau luni de viaţă. Constă în întîrzierea dezvoltării psihice şi fizice (hidrocefalie, închiderea tardivă a fontanelelor, nas în şa, hipoplazia organelor genitale). Pielea este palidă şi flască. Splenomegalie discretă. Anemie hipocromă importantă, anizocitoză. Absenţa regenerării medulare. Etiologie neprecizată, în unele cazuri, sifilisul.

Bibl. — BENJAMIN E.: *Verh. dtsch. Ges. Kinderheilk.*, 1911, 119. (D.B.)

Ber, simptomul genunchilor şi coatelor murdare. Se traduce prin rugozitatea intensă şi îngroşarea epidermului la nivelul genunchilor şi coatelor, uneori al feţei dorsale a piciorului şi al părţilor interne ale gambelor. Consecutiv acestora, pielea acestor regiuni se murdăreşte uşor. Se observă în hiperfuncţia tiroidei. (D.B.)

Bergeron, boala; coreea electrică *(choreea electrica);* coreea isterică. Se observă la copii de 7—14 ani. Este produsă de traumele psihice foarte intense. Se caracterizează prin mişcări musculare coreice ritmice la nivelul muşchilor cefei, umerilor şi omoplaţilor, care dispar în timpul somnului. (D.B.)

Bergeron, complexul simptomatic; limba geografică *(lingua geographica);* exfolierea zonală a limbii *(unna exfoliatio areata linguae); pityriasis linguae Rayeri;* descuamarea marginată aberantă în zone

Scanned with OKEN Scanner

Brocq; glosita exfoliativă marginată *(glossitis exfoliativa marginata)*. Cauzele sînt necunoscute; se presupun tulburări nervoase trofice şi endocrine (la femei, insuficienţa corpului galben), insuficienţa vitaminelor din grupa B. Modificările apar la vîrsta tînără, mai deseori în copilărie, sub forma de zone cu contur geografic (conturul sinuozităţilor ţărmului marin), de culoare roşie-vie, lipsite de papile (atrofie) şi tivite de un halo alb-cenuşiu. Aceste modificări se transformă şi îşi schimbă aspectul aproape din zi în zi.

Bibl. — KWIATKOWSKI L.: *Przegl. lek.*, 1903, 24, 357. (D.B.)

Bergeron-Henoch, coreea. Se observă de obicei la copii. Mioclonii ritmice bilaterale sincrone ale muşchilor feţei, gîtului, toracelui, centurii scapulare şi extremităţilor superioare, în ritm de 3—6/min. (D.B.)

Bériel-Devic-Alajouanine, sindromul; meningoneuromiozita; forma pseudomiopatică a polinevritelor radiculare infecţioase. (D.B.)

Berlin, edemul petei galbene; comoţia retinei *(commotio retinae)*; descris în 1873. Opacifiere discretă la nivelul petei galbene, consecutivă ridării retinei, vizibilă în lumina necolorată ca o cunună radiară formată din benzi albe, discrete. Apare consecutiv traumelor retiniene. I se asociază o tulbureală albă-strălucitoare, dar cu desen vascular retinian net. Se observă timp de cîteva zile şi dispare fără urmă. În cazurile de leziune tisulară ireversibilă apare necroză, *Concussion necrosis*, după Dukes-Elder. Modificările regresive ale petei galbene sînt cauza scotomului ventral din cîmpul vizual şi, legată de acesta, a diminuării marcate a acuităţii vizuale.

Bibl. — ROSENHAUCH E.: *Postepy. Okulist*, 1908, 10, 319. (D.B.)

Berloque, boala. Constă în apariţia de hiperpigmentare cutanată sub acţiunea razelor solare, după pulverizarea pielii cu apă de colonie (prezenţa uleiurilor eterice). Apare şi după ungere cu ulei de bergamote. (D.B.)

Bernard, simptomul; hemoliza acută familială; descris în 1950. Se observă foarte rar, totdeauna familial. Debut brusc: icter hemolitic cu hemoglobinurie. Eritrocitele nu prezintă modificări vizibile. Toate reacţiile serologice în limite normale. Se presupune că boala ar avea la bază o tendinţă congenitală la hemoliză.

Bibl. — BERNARD J.: *Sang*, 1950, 21, 206. (D.B.)

Bernard-Claude, complexul simptomatic; descris în 1852. Se caracterizează prin dilatarea fantei palpebrale (datorită retracţiei pleoapei superioare), dilatarea pupilei şi exoftalmie uşoară, în contrast cu complexul simptomatic Horner (vezi acesta). Se observă în excitaţiile sistemului nervos simpatic.

Bibl. — TADROS M. A.: *Bull. ophthal. Soc. Egypt*, 1957, 5, 254. (D.B.)

Bernard-Soulier, boala; distrofia trombocitară hemoragică congenitală; descrisă în 1948. Boală congenitală, care se transmite ereditar. Hemoragii grave, recidivante. Timp de sîngerare normal, retracţia cheagului normală, timp de coagulare crescut, numărul trombocitelor normal, fragilitate capilară importantă. (D.B.)

Bernard, sindrom; varietate de atrofie musculară progresivă, boala Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann. Dominante sînt durerile şi oboseala musculare; vezi Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann, boala. (D.B.)

Bernard-Roth (1895), complexul simptomatic; nevralgia parestezică a nervului femural cutanat *(neuralgia parestetica nervi femoralis cutanei)*. Dureri sau parestezii pe faţa anterioară a coapsei, senzaţia de cald sau frig, amorţeli ca după anestezie. Uneori se constată un punct dureros pe traiectul nervului. (D.B.)

Bernheim, sindromul; descris în 1910. Dezvoltarea simptomelor de insuficienţă ventriculară dreaptă, fără stază predominantă în plămîni, în cazurile de hipertrofie foarte pronunţată şi dilatare a ventriculului stîng, care, prin aceasta, produce bombarea septului interventricular, diminuează capacitatea ventriculului drept, îngreuind fluxul sîngelui din venele mari; rezultă stază în sistemul venos fără stază pulmonară; inimă mărită, în special cea stîngă; cianoză. Sindromul se observă de cele mai multe ori la bolnavii cu scleroza aortei şi boală hipertensivă avansată.

Bibl. — ROUSSEK H. J., ZOHMAN B. L.: *Transact. Amer. Coll. Card.*, 1953, 100, 3. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Bernuetz, flegmonul; flegmonul ţesutului celular subperitoneal, una din varietăţile de flegmon al peretelui abdominal; depăşeşte rareori limitele spaţiului Retzius. (D.B.)

Bers-Conrad, sindromul. Halucinaţie senzorială cronică, cu senzaţia halucinantă de insecte care merg pe tegumente. Acestui fel de halucinaţie i se asociază ideea delirantă de prezenţă de boală parazitară cutanată: „delir parazitar".

Bibl. — FLECK U.: *Arch. Psych. Nerven Krankh.* (reunită cu) *Zschr. Ges. Neurol. Psych.* (Berlin-Goettingen-Heidelberg), 1955, 193, 24. (D.B).

Bertolotti, complex simptomatic; constă în apariţia de dureri, cu iradiaţie în extremitatea inferioară şi curbarea laterală spastică a coloanei vertebrale în cazurile de sacralizare totală sau parţială a vertebrelor lombare (iritaţia plexului lombar).

Bibl. — MOOR B. H.: *J.B.J.S.*, 1925, 7, 271. (D.B.)

Besnier, boala; acnee pilară cicatriceală depilantă; vezi Brocq, boala. (D.B.)

Besnier, boala; *lupus pernio; sarcoidosis pernio;* sarcoid după degerătură. Se caracterizează prin apariţia de focare infiltrative, albăstrui, simetrice, pe nas, obraji, pavilioanele urechilor, degetele mîinilor. Reactivitatea cutanată şi tabloul histologic ca în sarcoidul Boeck.

Bibl. — GRZYBOWSKI M.: Pam. XII Zazdu Pol. Tow. Derm., 1948 sau 1950. (D.B.)

Besnier-Boeck-Schaumann, boala; boala Boeck; sarcoidoza *(sarcoidosis);* limfogranulomatoza benignă *(lymphogranulomatosis benigna);* granulomul benign. În 1889, Besnier a publicat modificările cutanate sub denumirea de *lupus pernio,* iar tot în 1889, Boeck a descris polimorfismul sarcoidelor cutanate fără semne de degerătură. Într-o serie de lucrări (1914—1917), Schaumann a atras atenţia asupra caracterului plurivisceral, sistemic al bolii şi a propus denumirea de limfogranulomatoză benignă. Etiologia nu este cunoscută. După unii ar fi de origine tuberculoasă, după alţii ar fi o boală a sistemului reticuloendotelial, produsă de o infecţie neprecizată (reticulo-endotelioza epitelioidă). În 50—60% din cazuri se observă modificări cutanate sub forma de focare mici sau mari de infiltrate şi eritrodermie, cel mai des pe faţă, extremităţi, mai rar în alte locuri. Aceste leziuni nu se ulcerează. La diascopie, nodulii sînt iluminaţi în culoarea galbenă. Reacţia la tuberculină este negativă, iar reacţia Kveim (proba intradermică cu antigen preparat din focarul cutanat sau din ganglionii limfatici) este pozitivă. În sînge este crescută cantitatea proteinelor totale, în special a fracţiunii γ-globulinice. Ganglionii limfatici, superficiali şi profunzi sînt măriţi. Focare cu structură sarcoidă se găsesc şi în splină, ficat, miocard, plămîni (tablou radiologic caracteristic), tract digestiv, pancreas, glande lacrimale şi salivare, în ochi (conjunctivă, membrana vasculară, iris), precum şi în sistemul nervos (meningoencefalită, diabet insipid); de asemenea în oasele scurte ale mîinilor şi picioarelor — osteoporoză chistică *(osteitis cystica Jüngling,* boala Perthes-Jüngling). În evoluţia acestei boli s-au evidenţiat complexul simptomatic Mikulicz (mărirea şi infiltraţia bilaterală a glandelor parotide şi lacrimale) şi sindromul Heerfordt (modificări bilaterale ale parotidelor, ochilor, în special uveită, febră, modificări din partea sistemului nervos, cel mai frecvent paralizia nervului facial). Toate focarele sarcoide au aceeaşi structură histologică: aglomerări de celule epitelioide, cu rare celule gigante de tip Langhans sau de corp străin, în care se decelează incluziuni Schaumann; focarele sînt înconjurate de brîuri înguste de limfocite şi benzi de ţesut conjunctiv.

Bibl. — JABLOŃSKA S.: *Przegl. derm.,* 1950, 1/2, 215. (D.B.)

Besnier, chistadenomul epitelial benign; vezi complexul simptomatic Jacquet-Darier. (D.B.)

Besnier, prurigo; prurigo diatezic de formă eczematolicheniană; eczematoid exsudativ Rosta *(Rosta exsudatives ecsematoid);* dermatita atopică a autorilor anglosaxoni. Începe de obicei la sugari, ca eczemă infantilă cu reacţie exsudativă intensă, sau ceva mai tîrziu sub forma de prurigo papulos. Se poate observa la vîrsta de tranziţie, ca prurigo organic — neurodermita circumscrisă *(neurodermitis cir-*

Scanned with OKEN Scanner

cumscripta). La baza bolii stau tulburările alergico-nervoase şi trofice. Se constată asociere frecventă cu astmul bronşic. Spre diferenţă de prurigo Hebra, modificările patologice sub forma de focare de lichenificare, asociate cu reacţii eczemato-exsudative, uneori mari, sînt localizate în special pe faţa flexoare a articulaţiilor, pe faţă şi gît.

Bibl. — PAUTRIER L.: *Nouv. prat. dermat.*, 1936, 7, 479. (D.B.)

Besnier-Renault, urticaria gangrenoasă; vezi Matzenauer-Polland, complexul simptomatic. (D.B.)

Bespalov, simptom; înroşirea timpanului, rinita şi angina catarală din stadiul precoce al rujeolei. (D.B.)

Best, degenerarea congenitală şi ereditară a petei galbene; descrisă în 1905. Se caracterizează prin focare rotunde sau ovale, uneori cu margini uşor dinţate, galbene-roz, atrofice, la nivelul petei galbene (cu conservarea unei vederi centrale bune); focare albicioase, localizate în zonele periferice ale retinei, întregesc tabloul bolii, care apare încă din viaţa intrauterină. Modificările nu progresează sau progresează foarte lent, se repetă la cîteva generaţii. În forma în care la nivelul petei se găsesc formaţiuni chistice, după vîrsta de 45 de ani se dezvoltă atrofie şi acuitatea vizuală diminuează. Etiologia necunoscută. Vezi şi Starhardt, sindromul.

Bibl. — KOZLOWSKI B.: *Klin. oczna*, 1958, 28, 49. (D.B.)

Beurmann-Gougerot, boala; sporotricoza *(sporotrichosis);* descrisă în 1898. Agentul patogen este ciuperca *Sporotrichum Schencki, Sporotrichum Beurmann* şi *Sporotrichum Gougerot.* Ciuperca face parte dintre mucegaiuri, este saprofită la plante şi pe sol. Contaminarea se face prin epidermul lezat. Iniţial apare un tubercul, care se ramoleşte şi se ulcerează. După o perioadă de timp, în lungul vaselor limfatice apar aceiaşi tuberculi. Modificările patologice se localizează de obicei la nivelul unei extremităţi şi amintesc scrofuloza. Se pot localiza şi pe mucoasa (cavitatea bucală), iar uneori iau caracter diseminat, cu leziuni în organele interne (plămîni, muşchi, schelet). (D.B.)

Beyermann, boala; imbecilitatea cerebelo-ataxică *(imbecilitas cerebello-atactica).* Consecinţa anomaliilor congenitale cerebeloase: debilitate mintală, mişcări involuntare, pareză de origine cerebrală. (D.B.)

Bezold V., boala; mastoidita Bezold *(Mastoiditis Bezoldi);* abcesul Bezold; descrisă în 1881. Este complicaţia inflamaţiei purulente a urechii medii asociată cu inflamaţia apofizei mastoide. Se manifestă prin edem dureros moderat şi tumefacţia gîtului, subiacentă apofizei mastoide. Aceste modificări se observă în apofizele mastoide cu pneumatizare redusă, din care puroiul străbate prin incizura mastoidei la suprafaţa internă a vîrfului apofizei sub inserţia muşchiului sterno-cleido-mastoidian. Se formează astfel un abces sau flegmon în straturile profunde ale gîtului. Boala oferă dificultăţi de diagnostic, căci des evoluează fără dureri şi secreţie purulentă din ureche. Se dezvoltă lent şi iniţial nu produce simptome nete, pînă cînd nu apar modificări pe faţa laterală a gîtului.

Bibl. — BEZOLD V.: *Dtsch. med. Wschr.*, 1881, 7, 381. (D.B.)

Bezold-Jarisch, reflexul (simptomul); hemoreflex coronar. Diminuarea reflexă a tensiunii arteriale şi încetinirea însemnată a activităţii inimii, după introducerea în sînge a veratrinei ori a altor alcaloizi din aceeaşi grupă sau, chiar în doze foarte mici, în artera coronară stîngă (explorare pe cîini şi pisică).

Bibl. — CZUBALSKI F.: Fizjologia úkadu kraźenia, Varşovia, 1956. (D.B.)

Bianchi, sindromul; se observă în leziunile lobului parietal stîng. Reprezintă afazia senzorială cu apraxie şi alexie. (D.B.)

Biber, distrofia corneei, tipul reticular sau în grătar *(reticular or latticelike type);* distrofia grilajată Haab-Dimmer *(dystrophie grillagée de Haab-Dimmer);* descrisă de Biber în 1890, iar în 1899 de Haab şi, independent de acesta, de Dimmer. Se caracterizează prin apariţia în straturile anterioare şi mijlocii ale corneei de linii (şnururi cenuşii). Uneori sînt subţiri, discrete şi formate din pete mici, dispuse radiar, alteori sînt neregulate sau se intrică, alcătuind figuri unghiulare (care amintesc litere, celule). Ocupă cu predi-

Scanned with OKEN Scanner

lecție centrul corneei, uneori nu ajung pînă la limb; aceste modificări sînt latente. Boala progresează foarte lent și se poate manifesta prin ulcerații superficiale recidivante, care, vindecîndu-se, lasă cicatrice. Epiteliul, inițial neted, devine apoi neregulat. Sensibilitatea corneei diminuează, în special în centru. La vîrsta de 40—60 de ani, acuitatea vizuală este uneori marcat diminuată. Se manifestă predominant în perioada de maturizare sexuală. Vezi de asemenea, Groenouw, degenerarea tuberoasă a corneei. Etiologie necunoscută.

Bibl. — DARK A. J., THOMPSON D. S.: *Brit. J. Ophthal.*, 1960, 44, 257. (D.B.)

Bickel, sindromul; hipopituitarismul anterior *(hypopituitarismus anterior);* descris în 1936. Forma abortivă a bolii Clinski-Simmonds. Concomitent pot exista tulburări psihice. (D.B.)

Bickel, reflexul; vezi Rossolimo, reflexul. (D.B.)

Biederman, simptomul: culoarea roșie-închisă în locul celei roz normale a arcurilor palatine anterioare; se observă la unii bolnavi cu lues. (D.B.)

Bielshowsky, boala; forma infantilă tardivă (intermediară) a debilității mentale familiale cu cecitate; descrisă în 1910 de Jansky și în 1914 de Bielshowsky. Reprezintă manifestarea tardivă a bolii Tay-Sachs la copii. Începe în jurul vîrstei de 2—4 ani și se termină letal în curs de 4 ani. Simptomele terminale amintesc simptomele bolii Vogt-Spielmeyer (vezi aceasta). Etiologie necunoscută. (D.B.)

Bielshowsky, simptomul; în scleroza în plăci, boala Redlich-Flatau etc.: imposibilitatea mișcărilor asociate spontane ale globilor oculari cu păstrarea capacității de urmărire a obiectului în mișcare. (D.B.)

Biermer, simptomul: modificarea tonalității sonorității percutorice metalice în cazurile de prezență de aer sau exsudat în cavitatea pleurală (tonalitate mai înaltă în poziția de decubit și mai joasă în ortostatism sau în poziție șezînd). (D.B.)

Biernacki, simptomul; simptomul Westergren; viteza de sedimentare a hematiilor; descris de Biernacki, în 1894. Sîngele necoagulabil se sedimentează în stările patologice cu viteză diferită, în timp ce la omul sănătos, variațiile sînt neînsemnate. În 1918, Fahräus a descris dependența vitezei de sedimentare a hematiilor de diferite stări patologice. În prezent se examinează cel mai frecvent după metoda propusă de Westergren, cu citrat de sodiu ca substanță anticoagulantă. Esența fenomenului constă în faptul că *in vitro,* hematiile își pierd sarcina electrică negativă datorită acțiunii sarcinii pozitive a proteinelor sanguine, în special a globulinelor. Cu cît conținutul de globuline în ser este mai mare, cu atît hematiile își pierd mai repede sarcina negativă și se sedimentează mai rapid. Viteza de sedimentare depinde de asemenea de greutatea hematiilor individuale: hematiile mari, mai bogate în hemoglobină, se sedimentează mai repede. Creșterea nivelului colesterolului accelerează de asemenea procesul sedimentării, în timp ce acidoza îl încetinește. Accelerarea sedimentării hematiilor se observă în toate stările inflamatoare, septice, în neoformații; scăderea sedimentării hematiilor, în tulburările proteinelor care produc creșterea globulinelor etc. Importanța clinică a simptomului Biernacki constă în posibilitatea de a aprecia starea patologică și dinamica procesului morbid. Are o valoare deosebită în evoluția tuberculozei și poliartritei.

Bibl. — TEMPKA T.: Choroby ukladu Krwiotwórczego, vol. I, 221. (D.B.)

Biernacki, simptomul; în tabes și paralizia progresivă; absența senzațiilor dureroase în zonele inervate de nervul cubital. (D.B.)

Biett-Brocq, eritemul centrifug *(erythema centrifugum);* lupusul eritematos migrator *(lupus erythematosus migrans);* vezi Hebra, seboreea congestivă — *seborrhoea congestiva.* (D.B.)

Billroth - Winiwarter - Buerger, boala; trombangeita obliterantă *(thrombangitis obliterans);* vezi Buerger, boala. (D.B.)

Bind, simptomul: rotarea pasivă a capului de o parte produce mișcarea bruscă a umărului de partea opusă. Reprezintă un simptom precoce al pneumoniei tuberculoase. (D.B.)

Bing (1918), **reflexul;** în leziunea căilor piramidale: prin percuția marginii externe

Scanned with OKEN Scanner

sau interne a tălpii se produce flexiunea plantară a piciorului. (D.B.)

Bing II, reflexul: poziţia în extensiune a degetului mare, prin excitarea dureroasă a zonei dorsale externe a piciorului; vezi Babinski, reflexul. (D.B.)

Bingswanger (1909), sindromul; demenţa, encefalita subcorticală cronică *(encephalitis subcorticalis chronica);* encefalomalacia subcorticală cronică arteriosclerotică Jacob *(encephalomalatia subcorticalis chronica arteriosclerotica Jacob).* Are evoluţie asemănătoare cu aceea din paraliziile pseudobulbare, cu crize tipice şi caracteristice de epilepsie. Sfîrşitul bolii este demenţa completă. (D.B.)

Bing-Taussig, sindromul; vezi Taussig-Bing, sindromul. (D.B.)

Birch-Hirschfeld, tumoarea; sarcomul embrionar renal *(sarcoma embryonale renalis);* rabdomiosarcomul renal *(rhabdosarcomyoma renis);* angiosarcomul renal *(angiosarcoma renis);* adenosarcomul renal *(adenosarcoma renis);* carcinomul rinichiului *(carcinoma renis);* tumoarea Wilms *(tumor Wilmsi);* embrionul rinichiului *(embryoma of the kidney);* tumoarea mixtă a rinichiului *(Mischtumor der Niere);* embriomul malign al rinichiului *(malignes Embryon der Niere);* nefromul malign embrionar *(néphrome malin embryonnaire);* disembriom renal *(dysembryome rénal);* descris în 1894, iar de Wilms în 1899. Este tumoarea renală cel mai frecvent observată la copiii sub vîrsta de 1 an; dimensiunea variază de la un pumn pînă la un cap de copil. Uneori distruge complet parenchimul renal, dezvoltîndu-se în direcţia micului bazin. Produce dureri şi hematurie. La palpare poate fi interpretată eronat ca splenomegalie. Prognostic nefavorabil.

Bibl. — GREB M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie, 1957, 593. (D.B.)

Bitot, petele; descrise în 1863. Constau din pete albe-cenuşii, care apar pe conjunctive la nivelul fantei oculare, imediat lîngă cornee. Amintesc spuma de săpun, nu dispar nici prin lacrimi, nici prin instilaţii. Concomitent se observă ambliopie crepusculară. Apare consecutiv uscăciunea conjunctivei, indiferent de cauza care a produs-o. Nu este dependentă de avitaminoza A.

Bibl. — JUZWA J.: *Klin. oczna,* 1958, 28, 129. (D.B.)

Bittdorf, simptomul: intensificarea pulsaţiilor arterei pulmonare şi densificarea arcului acestei artere la examenul radiologic în timpul probei Valsalva. Se observă în persistenţa canalului arterial Botall. (D.B.)

Bjerrumia, scotom în formă de arc; descris în 1889. Se caracterizează prin mărirea petei oarbe Mariott în cîmpul vizual, în direcţie în sus şi către nas şi în jos şi medial. Se observă în glaucom, ca prima modificare a cîmpului vizual. Poate fi decelată prin campimetrie, nu prin perimetrie.

Bibl. — ORLOWSKI W. J.: XXIV Zjazd. Pol. Tow. Okulist, Referaty zjazdowe, Varşovia, 1854. (D.B.)

Blanchet (1945), sindromul; meningopoliradiculonevrita lombară *(meningopolyradiculo-neuritis lumbalis).* Proces unilateral, cu inflamaţia concomitentă a lanţului simpatic lombar. Afectează femeile în vîrstă de 30—60 de ani. Dureri cauzalgice foarte acute, nocturne, în crize, la nivelul muşchilor gambei, coapselor şi lombelor. În zona antero-superioară a gambei se observă modificări cutanate, asemănătoare lichenului marginat, pseudoerizipeloide şi pseudo-flegmonoase. Tulburări psihice, diminuarea tonusului muscular, a reflexelor fiziologice. Viteza de sedimentare a hematiilor accelerată. Reacţie proteino-celulară moderată în lichidul cefalo-rahidian.

Bibl. — BLANCHET: *Presse méd.,* 1945, 14, VII. (D.B.)

Bland-White-Garland, sindromul; descris în 1933. Emergenţa anormală a arterei coronare stîngi din artera pulmonară, consecutiv căreia o mare parte din miocard se umple cu sînge venos, datorită presiunii scăzute. Simptomele clinice apar în jurul vîrstei de 2—3 luni, sub formă de dificultăţi în alimentaţie, care se accentuează progresiv: accelerarea respiraţiei, extensia capului în timpul alimentaţiei, vărsături, paloare, transpiraţii după alimentaţie (semne de insuficienţă coronariană). Nu se dezvoltă cianoză. As-

Scanned with OKEN Scanner

fixie permanentă. Încetarea dezvoltării normale a sugarului. Sfîrşit fatal precoce. Semnele obiective: inimă stîngă mărită, ritm de galop frecvent, matitate percutorie la baza plămînului stîng, cu raluri discrete, mărirea ficatului. Imaginea radiologică arată opacitate cardiacă enormă, uneori cu bombarea pulsatilă a conturului ventriculului stîng. Electrocardiograma evidenţiază predominanţa ventriculară stîngă, apoi tabloul infarctului miocardic antero-lateral. Sindromul este de două ori mai frecvent la fetiţe decît la băieţi.

Bibl. — WILAND-ZERA A.: *Postepy Kardiol.*, 1957, 5, 83. (D.B.)

Blaxland, simptom diferenţial între un chist mare ovarian şi lichid liber în cavitatea abdominală. Dacă se pune pe abdomen o riglă deasupra crestelor iliace antero-superioare, apoi aceasta se apasă puternic cu ambele mîini, în direcţia coloanei vertebrale, în prezenţa chistului ovarian se decelează pulsaţiile aortei abdominale. (D.B.)

Bleuler, simptomul; halucinaţii extracampine *(extrakampine Halluzinationen);* varietate de halucinaţii din bolile psihice. Bolnavii văd în spatele lor figuri umane. (D.B.)

Bloch-Sulzberger, complexul simptomatic; sindromul Siemens; melanoblastoza liniară *(melano-blastosis linearis)* Bloch, Carol-Bour; *incontinentia pigmenti;* descris de Garrot în 1906, de Adamson în 1907, de Bloch în 1926 şi de Sulzberger în 1928. Afectează exclusiv sexul feminin. Se caracterizează prin pigmentaţie cutanată (stratul bazal) şi simptome oculare (strabism, nistagmus, sclere albastre, miopie, cataractă, inflamaţia nervului optic, retinocoroidită exsudativă, hiperplazie fibroasă retrolentală, atrofia nervului optic, oftalmia metastazică). În forma Naegeli se găsesc în plus defecte de dezvoltare (la ambele sexe). Etiologie necunoscută; se presupune posibilitatea infecţiei posttraumatice a fătului.

Bibl. — LIEB W. A., GUERRY D.: *Amer. J. Ophthal.*, 1958, 45, 265. (D.B.)

Blocq, boala: astazia-abazia. (D.B.)

Blount, boala *(morbus Blounti);* necroza aseptică a condilului tibial medial *(necrosis aseptica condily medialis tibiae);* osteocondrita deformantă a tibiei *(osteochondritis deformans tibiae);* epifizita deformantă; hemiatrofia congenitală a epifizei tibiale superioare; descrisă în 1937. Duce la poziţia varus a gambelor, consecutivă deformaţiei condililor mediali. Compensator se măresc condilii mediali ai femurului.

Bibl. — PORTYCH L.: *Narz. Ruchu Ortop. Pol.*, 1956, 2, 153. (D.B.)

Blumberg-Scetkin, simptomul; în iritaţiile sau inflamaţiile peritoneului. Constă în durere mai accentuată la îndepărtarea mîinii examinatoare de pe peretele abdominal decît la compresiunea acestuia. Simptomul poate fi decelat difuz sau doar într-o regiune limitată. (D.B.)

Boas-Mathieu, sindromul; acoria. Pierderea senzaţiei de saţietate, de obicei concomitent cu epuizare generală, senzaţie de frig, insomnie, tulburări digestive şi psihice. (D.B.)

Bochdalek, complexul simptomatic; hernia diafragmatică de tip Bochdalek *(hernia diaphragmatica typi B);* hernia costolombară a sinusului Bochdalek *(costolumbal hernia of sinus B.)* Hernia diafragmatică, cel mai frecvent cu sac herniar diafragmatic propriu, care străbate prin orificiul Bochdalek în diafragm, consecutiv unui defect de dezvoltare la nivelul triunghiului costo-lombar, de obicei în stînga.

Bibl. — GROB M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie, 1957, 278. (D.B.)

Bockhart, boala, impetigo; inflamaţia purulentă a rădăcinii firului de păr *(ostiofolliculitis),* produsă cel mai frecvent de stafilococul auriu. Uneori, în vezicula purulentă se vede firul de păr. Procesul purulent poate cuprinde întreg foliculul pilos şi se poate întinde la ţesuturile din jur — foliculită şi perifoliculită *(folliculitis et perifolliculitis).* În localizarea pe bărbie, la bărbaţi, realizează tabloul sicozisului vulgar *(sycosis vulgaris)* stafilococic.

Bibl. — BERNHARDT R.: *Przegl. derm.*, 1922, 1. (D.B.)

Bodamer, simptomul; prozopagnozia, Incapacitatea de a recunoaşte subiecţii cunoscuţi, fotografiile etc. (D.B.)

Boeck, scabia; scabia norvegiană crus-

Scanned with OKEN Scanner

toasă *(scabies norwegica crustosa)*; scabia norvegiană; descrisă în 1849. O varietate de scabie produsă de căpuşa de scabie umană *(sarcoptes hominis)*. Se manifestă sub forma de straturi de cruste şi microabcese, la subiecţii cu rezistenţă scăzută, epuizaţi fizic şi uneori la psihopaţi.

Bibl. — HEBRA F.: Z. ges. *Arzt (Wien)*, 1852, 8, 340.

Boeck, boala; vezi Besnier-Boeck-Schaumann, boala. (D.B.)

Boeck-Ibrahim, boala; eritemul micetic infantil *(erythema myceticum infantile)*. Dermatită, produsă de ciuperci, cu localizare predominant în regiunea anală şi a organelor genitale.

Bibl. — IBRAHIM J.: *Arch. Kinderheilk.*, 1911, 35, 91. (D.B.)

Boetinger, reflexul: poziţia în extensiune a halucelui, produsă de excitarea treimii inferioare a feţei anterioare a gambei; vezi reflexul Babinski. (D.B.)

Bogaert (van), atrofia progresivă a nucleului palid. Creşterea progresivă a tonusului muscular cu contracturi şi picior plat, mişcări involuntare, grimase faciale, torticolis spastic, mişcări de torsiune a trunchiului, mişcări balistice (ultimele apar în cazurile de leziune concomitentă a corpului Luys). (D.B.)

Bogaert (van), leucoencefalita sclerozantă subcronică; se manifestă cu agnozie, apraxie, mutism şi simptome de excitaţie chinetică, asociate cu simptome piramidale şi tulburări psihice. Etiopatogenia necunoscută. (D.B.)

Bogaert (van), simptomul; halucinaţia algică *(algohallucinosis van Bogaert)*: dureri imaginare, care iradiază la nivelul extremităţii amputate. (D.B.)

Bogaert (van)-Schreder-Epstein (1937), boala; formă cerebrală a colesterinozei generalizate. Tulburări ale encefalului asociate cu simptome care traduc tulburarea metabolismului lipoidic (cataractă, xantelasma palpebrală, xantom bilateral tendinos, osteoporoză); simptome de ataxie cerebeloasă, atrofie musculară, tulburări de batiestezie, de vorbire şi de deglutiţie, uneori mioclonii. (D.B.)

Bogaert (van)-Sweerts, mişcări coreice periorale, contracţii musculare în diferite regiuni ale corpului, care se întind şi la diafragm şi laringe, convulsii generalizate. Etiologie necunoscută. (D.B.)

Bogoradova (1928), sindromul „lacrimilor de crocodil"; în leziunile perechii a VII-a de nervi. Se observă în timpul alimentaţiei. Este provocat de senzaţiile gustative (iritaţia mecanică a muşchilor masticatori şi a cavităţii bucale nu determină apariţia simptomului). Reflexul fiziologic gustativo-salivar este înlocuit de reflexul patologic gustativo-lacrimal. (D.B.)

Bois, ciroza ficatului *(cirrhosis hepatica Bois)*; hepatomegalia dispeptică Bois *(gros foie dyspeptique)*; ciroza venoasă hipertrofică, dispeptică a ficatului. Această ciroză apare ca rezultat al tulburărilor digestive cronice, care duc la mărirea marcată a ficatului, tulburări dispeptice importante, fără splenomegalie şi ascită. Prognostic favorabil. (D.B.)

Boisvert, boala: polinevrită de origine alcoolică, cu predominanţa tulburărilor senzitive, cu dureri spontane, durere la compresiunea filetelor nervoase, cu tulburări motorii minore. (D.B.)

Bolt, simptomul: sensibilitate crescută, durere în dislocarea colului uterin. (D.B.)

Bonnet, simptomul fesier; în sciatică. Coborîrea pliului fesier de partea bolnavă sau dispariţia completă a acestuia, datorită atoniei muşchilor fesieri. (D.B.)

Bonnet, simptomul sciaticului; în sciatică. Este modificarea simptomului Lasègue: flexiunea pasivă a extremităţii inferioare în articulaţia coxo-femurală şi a genunchiului, cu fixarea concomitentă în adducţie, produce dureri pe traiectul sciaticului. (D.B.)

Bonnet (1955), sindromul sinusului cavernos. Reuneşte următoarele sindroame, izolate pînă la descrierea acestuia: 1) sindromul despicăturii sfenoidale Rochon-Duvigneaud (1896), descris în osteoperiostita sifilitică; 2) sindromul vîrfului orbitei Rollet (1927); 3) sindromul lateral al sinusului cavernos Foix (1922), cu oftalmoplegie consecutivă compresiunii nervilor oculomotori înăuntrul sinusului cavernos; 4) sindromul găurii rupte anterioare Bonnet (1953), în caz de anevrism. Sindromul constă din: oftalmoplegie (leziunea perechilor de nervi a III-a, a IV-a şi a VI-a), exoftalmie unilaterală (stază

Scanned with OKEN Scanner

venoasă), întinderea procesului morbid la perechea a V-a de nervi, simptome din partea nervului simpatic. Din punct de vedere anatomofiziologic se deosebesc sindromul sinusului cavernos posterior, mediu și anterior. (D.B.)

Bonnet-Dechaune-Blanc (1937), sindromul: angioame unilaterale meningo-retino-faciale. (D.B.)

Bonnevie-Ullrich, complexul simptomatic: lărgirea în formă de aripi a gîtului *(pterygium colli)*; descris în 1930. Simptome: tegumente laxe *(cutis laxa)*, apariția de falduri cutanate pe fețele laterale ale gîtului (gît în formă de înotătoare), uneori extremități în formă de înotătoare, o serie de defecte de dezvoltare a scheletului, boltă ogivală, complex simptomatic Klippel-Feil (vezi acesta), condrodistrofie vertebrală, deformația Madelung, pilozitate excesivă a extremităților, implantarea joasă a părului de pe cap (se întinde și pe gît), nanism moderat, deformația urechilor, a nasului, epicantus, luxație coxofemurală congenitală, edem moale la nivelul extremităților *(oedema lymphangiectaticum)*, anomalii de dezvoltare a organelor interne. Etiologie neclară; se presupune formarea excesivă de lichid cefalo-rahidian și tulburări în circulația acestuia, bolile infecțioase contractate de mamă în timpul gestației.

Bibl. — ULLRICH O.: *Z. Kinderheilk.*, 1930, 49, 271. (D.B.)

Böök, complexul simptomatic; constă în asocierea de încărunțire prematură, transpirații palmo-plantare excesive și aplazia premolarilor. (D.B.)

Bordier-Fraenkel, simptomul; în leziunea perechii a VII-a de nervi. De partea afectată, globul ocular bombează în sus. (D.B.)

Borst-Jadassohn, carcinomul intraepidermic; descris în 1904. Placă superficială, cu suprafață descuamată sau boselată. Histologic se găsesc în epiderm cuiburi de celule de culoare închisă, asemănătoare celor bazale, dar dispuse ca cele cornoase. De aici ipoteza că este vorba de o tumoare mixtă — carcinom bazo-spinocelular *(baso-spino-epidermale)*.

Bibl. — BOLTZ R. M., FUSARO R. M., SWITZER G. G.: *Arch. Derm.*, 1957, 1, 117. (D.B.)

Borton, fractura; fractura marginii dorsale a suprafeței articulare a radiusului în articulația pumnului. (D.B.)

Borhardt, triada; în volvulusul gastric. Simptome de ocluzie cu reflex de vărsătură fără rezultat, meteorism în regiunea epigastrică și în hipocondrul stîng și imposibilitatea sondării stomacului. (D.B.)

Borowsky (1929), reflexul fiziologic; reflexul clipitului de apărare *(Blinzelabwehrreflex)*; reflexul optico-facial *(opticofacialis)*. Închiderea ochiului la acțiunea excitanților vizuali; vezi reflexul Wartenberg. (D.B.)

Bosellini, chistul cutanat folicular multiplu *(kystes cutanés folliculaires multiples)*; vezi Tringle, complexul simptomatic. (D.B.)

Bostock, catarul estival *(catarrhus aestivus)*; febra de fîn *(hay fever)*; descris în anul 1918. În prezent, această denumire nu se mai utilizează. (D.B.)

Boston, simptomul; se caracterizează prin tremurătură și mișcarea în jos a pleopelor, neregulată și neparalelă cu mișcarea globilor oculari. Se observă în boala Basedow. (D.B.)

Botall, persistența canalului arterial; defect congenital al inimii: absența obstruării canalului arterial (care unește în viața intrauterină aorta cu artera pulmonară), ceea ce duce la pătrunderea sîngelui oxigenat în artera pulmonară. De obicei nu produce nici un simptom subiectiv, uneori generează palpitații, dispnee, dureri precordiale; cianoza apare rar și cînd este prezentă nu este importantă; cutia toracică bombează la nivelul inimii și uneori această regiune pulsează. În limitele celor trei spații intercostale superioare se palpează, parasternal, freamăt puternic (tors de pisică). Deasupra matității cardiace, la stînga sternului, o zonă de matitate în formă de bandă, care se întinde pînă la coasta a 2-a (vezi simptomul Gerhardt); în spațiul al II-lea intercostal stîng se aude un suflu sistolic intens, rugos, care se propagă oblic din dreapta jos în stînga sus; accentuarea zgomotului al doilea la artera pulmonară. Radioscopia toracică: bombarea intensă a arterei pulmonare, care pulsează concomitent cu aorta, umbrele hilurilor pulmonare dilatate, pulsația vaselor hilare

Scanned with OKEN Scanner

(„dansul hilurilor pulmonare"). Diagnosticul este uşurat de radiokimografie şi cateterism cardiac. (D.B.)

Botkin, boala; hepatita epidemică *(hepatitis epidemica);* hepatita virală *(hepatitis viralis);* hepatita parenchimatoasă infecţioasă benignă acută *(hepatitis parenchymatosa infectiosa benigna acuta);* hepatita parenchimatoasă difuză *(diffusa)* benignă acută; icterul cataral *(icterus catharralis);* icterul infecţios *(infectiosus);* icterul viral. A fost descrisă de mult timp; Botkin, în 1883, a arătat etiologia infecţioasă a bolii. Agentul patogen este virusul de tip A (SH), calea de infecţie este cea digestivă; răspîndire endemică, cu paroxisme epidemice. Substratul patologic al bolii este lezarea celulei hepatice. Perioada de incubaţie durează 2—6 săptămîni. În perioada preicterică boala se caracterizează prin simptome dispeptice, pseudogripale sau pseudoreumatismale; se întîlnesc de asemenea forme mixte şi asimptomatice. Perioada icterică se prelungeşte cîteva săptămîni, ficatul şi splina sînt mărite de volum, urinile hipercolorate, fecalele decolorate; mai rar sînt prezente simptome de insuficienţă hepatică importante. Evoluţia este variabilă: de la formele anicterice pînă la atrofia galbenă acută. Sînt caracteristice probele hepatice pozitive, disproteinemia, viteza de sedimentare a eritrocitelor diminuată, leucopenia cu limfocitoză relativă, creşterea activităţii aldolazei şi transaminazelor în serul sanguin, creşterea sideremiei etc. (D.B.)

Bouchets, boala; boala porcarilor; spirochetoza porcarilor *(leptospirosis pomona);* meningita porcarilor *(meningitis porcinarii);* descrisă în 1933. Este produsă de *Leptospira pomona;* infecţia la om se face din urina sau sîngele porcilor infectaţi, prin piele sau mucoase. Începe brusc, cu frisoane, ascensiune febrilă, care durează 4—6 zile, cu cefalee şi mialgii, prostraţie, uneori cu erupţie maculopapuloasă pe trunchi. După o remisiune de 1—2 zile, începe a doua perioadă febrilă, care durează circa o săptămînă, cu simptome meningiene, iar în unele cazuri cu leziune hepatică şi reacţie renală, ca în boala Weil. Sînt frecvente complicaţiile din partea diferitelor organe. Diagnosticul se confirmă prin hemocultură şi reacţii serologice. (D.B.)

Boudouresque, sindromul; forma acrodinică a polinevritei alcoolice, cu crize tipice de dureri nocturne ale degetului mare şi plantei, cu cianoză şi anoxie la nivelul halucelui. (D.B.)

Bouillaud, boala; boala reumatică *(morbus rheumaticus; reumatismus articularis acutus);* descrisă în 1832. Boală acută, caracterizată prin recidive, ascensiune febrilă, modificări inflamatoare ale diferitelor structuri ale inimii şi inflamaţie acută tranzitorie a articulaţiilor. Perioada acută a bolii durează 10—30 de zile. Frecvent, boala este precedată de angină (cu 1—2 săptămîni). Din amigdale se cultivă des streptococul. Articulaţiile sînt hiperemiate, tumefiate, dureroase, iar în cavitatea articulară se găseşte un exsudat, care niciodată nu devine purulent. Articulaţiile afectate nu se deformează şi nu se anchilozează. La nivelul inimii, procesul inflamator afectează cel mai frecvent miocardul şi endocardul, în special valvula mitrală, ducînd la defecte ale acesteia. Pe electrocardiogramă este caracteristică alungirea intervalului *P—Q.* În procesul reumatic pot fi interesate, în diferite grade, diverse organe (de exemplu, pneumoniile reumatice, nefritele acute, meningitele şi encefalitele cu coree etc.). În sînge, leucocitoză moderată şi anemie hipocromă, treptat progresivă. Viteza de sedimentare a hematiilor este foarte accelerată, conţinutul de fibrinogen, antistreptolizină, antihialuronidază este crescut; hemoculturile sînt sterile; frecvent sînt prezente simptome de diateză hemoragică cu hipoprotrombinemie. Substratul patologic al bolii sînt modificările din ţesutul conjunctiv, cu formarea în ţesuturi şi organe (frecvent în miocard) de granuloame reumatice (acumulare de celule gigante, care înconjură mase necrotice; la periferia granulomului se găsesc plasmocite, limfocite şi polimorfonucleare). Evoluţia bolii este variată, în funcţie de vîrsta bolnavului, precum şi de gradul şi natura leziunilor aparatului locomotor şi ale viscerelor; frecvent apar valvulopatii şi leziuni miocardice. (D.B.)

Bourgeois-Grisel, sindromul; torticolis de origine rinofaringiană în infecţiile

Scanned with OKEN Scanner

feţei posterioare a faringelui, cu afectare concomitentă a primei vertebre cervicale. (D.B.)

Bourgogne, boala; fractura apofizelor spinoase vertebrale *(fractura processus spinalis vertebrae);* fractura muncitorilor cu lopata; fractura de lopată *(clayshiveler's fracture, fracture des terrassiers, Schippenkrankheit, Schippenbruch);* descrisă în 1875. Se caracterizează prin fractura apofizelor spinoase ale vertebrelor cervicale inferioare şi toracice superioare, consecutivă unui efort fizic excesiv. La palpare se decelează durere la nivelul apofizelor spinoase. Pe radiografie se observă remanierea structurii osoare la locul fracturii, iar într-o perioadă mai tardivă, marginile intens sclerozate ale vertebrelor indică vindecarea. (D.B.)

Bourneville, boala; boala Bourneville-Pringle-Hartdegen; scleroza tuberoasă cerebrală *(sclerosis tuberosa cerebri);* epiploia Scherlock; facomatoza *(phacomatosis)* Bourneville-van der Hoeve; descrisă în 1880. Tabloul clinic constă din triada simptomatică: simptome neurologice (epilepsie, simptome de focar, mai rar tablou de tumoare cerebrală), psihice (debilitate mintală) şi dermatologice (stigmatele Pringle, formaţiuni tuberoase în formă de conopidă Barlow-Kothe, exantem Schuster („chagrinlederhout"), tuberculi periungheali Koenen, adenoame seboreice Halllopeau-Leredd-Darier). În plus apar noduli în viscere, retinita tuberoasă (facomatoza retinei van der Hoeve), tuberculi intracranieni în regiunea fronto-temporală, peri- sau intraventricular, modificări ale mucoaselor, deformaţii congenitale. Unii autori o încadrează în facomatoze, la fel ca bolile Hippel, Recklinghausen şi Sturge-Weber. În prezent, în aceeaşi grupă sînt incluse şi boala Albright, complexul simptomatic Klippel-Trénaunay şi sindromul Louis-Bar. Se consideră că toate aceste 7 varietăţi sînt „displazii neuro-ecto-mezodermice".

Bibl. — KOTLEAREVSKAIA S. Z., CEREDNICENKO V. M.: *Vestn. Oftal.*, 1960, 73/2, 34; KUBATKO E.: *Klin. oczna*, 1959, 29, 389. (D.B.)

Bouveret, simptomul; în stenoza pilorică; simptomul Küssmaul; indurarea intermitentă a epigastrului *(durcissement intermittent de l'épigastre);* peristaltism gastric *(péristaltisme gastrique).* Mişcări peristaltice intense ale stomacului, care se observă prin peretele abdominal la subiecţii slabi. (D.B.)

Bouveret, sindromul; sindromul Bouveret-Hoffman; boala Bouveret; tahicardia paroxistică *(tachycardia paroxysmalis);* tahicardia paroxistică esenţială; descris de P. Cotton în 1867 şi de Bouveret în 1889. Este încadrat în nevroze. Se traduce prin criză bruscă de tahicardie şi palpitaţii, anxietate, uneori dureri puternice precordiale, paloarea tegumentelor, ameţeli şi chiar pierderea senzoriului. Poate duce la insuficienţă circulatorie. Bătăile cardiace în timpul puseului sînt foarte rapide, pînă la 180—200/min. Puls filiform, slab. Electrocardiograma decelează de obicei tabloul tahicardiei supraventriculare. În perioada dintre puseuri nu se observă în general modificări la nivelul aparatului cardiovascular. Cauza obişnuită este excitabilitatea cardio-vasculară crescută, congenitală sau dobîndită, cu mult mai rar leziunile inflamator-degenerative miocardice.

Bibl. — ORLOWSKI W.: Nauka o Chorobach Wewnwtrznych, vol. I, Narzad Krazenia, Varşovia, 1947. (D.B.)

Boven-Allen, boala; pneumopatie de scurtă durată (8—10 zile), determinată de un virus filtrant. Simptome: indispoziţie, temperatură ridicată, hematemeză. Radiologic: opacităţi triunghiulare solitare delimitate, de obicei în cîmpul pulmonar drept inferior juxtahilar. Prognostic bun. (D.B.)

Boveri, reflexul; vezi Rossolimo, reflexul. (D.B.)

Bowen, boala; carcinomul intraepitelial *(epithelioma intraepitheliale); poikilokarinosis;* descrisă în 1912 ca o boală cutanată, iar de Jasner (care a denumit-o boala Bowen), în 1921, ca modificări ale mucoaselor; Mac Gavik, în 1942, i-a asociat modificările corneei. La nivelul ochilor sînt afectate corneea şi conjunctiva. Cel mai frecvent se traduce printr-un focar unic, care proemineză, cenuşiu sau roz-cenuşiu (în funcţie de vascularizaţie). Suprafaţa sa este neregulată, boselată, iar marginile net conturate. Se diferenţiază de cancer doar la examenul microscopic (în contrast cu cancerul nu distruge nici-

Scanned with OKEN Scanner

odată membrana bazală). Complicații destul de frecvente sînt metastazele de tipul carcinomului spino-celular. Cei mai mulți consideră că reprezintă o stare precanceroasă, iar alții că de la început este un cancer. Etiologie necunoscută.

Bibl. — JAWORSKA-KOZAKOWA K.: *Klin. oczna*, 1957, 27, 422. ZEANGHIROVA G. G.: *Vestn. Oftal.*, 1961, 74/I, 52. (D.B.)

Bozzolo, simptomul: dilatarea marcată a aripilor nasului. Se observă în anevrismul aortei toracice. (D.B.)

Bragard, simptomul. Bolnavului, în decubit dorsal, i se ridică în sus membrul inferior, de partea bolnavă, cu genunchiul în extensiune pînă în momentul apariției durerii, apoi se flectează piciorul în direcție dorsală; dacă durerea se intensifică este vorba de un proces radicular, dacă durerea nu se accentuează, de un proces muscular. (D.B.)

Brain, reflexul; în hemiplegie. Extensiunea extremității superioare flectate, cînd bolnavul se așază „în patru labe". (D.B.)

Bram, simptomul; în boala Basedow. În timpul rîsului, ochii devin larg deschiși (la sănătoși se închid sau fanta palpebrală devine mult mai mică). (D.B..)

Brandstetter, simptom uretrocistografic; în unele forme de incontinență funcțională a urinii la femei. Compresiunea pe vezică produce dințarea conturului vezicii, umplută cu substanța de contrast.

Bibl. — LANGREDER W., BRANDSTETTER F.: *Arch. Gynaek.*, 1957, 188, 344. (D.B.)

Brandt, complexul simptomatic; vezi boala Danbolt-Closs. (D.B.)

Bratz, epilepsia afectivă; se observă la bolnavii ușor excitabili cu tulburări vasomotorii. Crizele sînt identice cu cele ale epilepsiei de etiologie neclară. Factorul care produce crizele este totdeauna o traumă psihică intensă. (D.B.)

Brauer, complexul simptomatic; aplazia cutanată sistematizată *(aplasia cutanea systematisata);* descris în 1929. Se caracterizează prin prezența de focare simetrice de aplazie cutanată, localizate deasupra sprîncenelor și în zonele externe ale acestora, extinse în direcția tîmplelor.

Bibl. — COCKAYNE E.: *Inherit abnorm. Skin*, 1933, 314. (D.B.)

Braun, tumori; apar pe fondul aderențelor epiploonului după operațiile pe organele cavității peritoneale. (D.B.)

Braun-Falco, mucofaneroza intrafoliculară și sebo-glandulară *(mucophanerosis intrafollicularis et seboglandularis);* vezi Pinkus, complexul simptomatic — *alopecia mucinosa.*

Bibl. — BRAUN-FALCO O.: *Derm. Wschr.*, 1957, 136, 1 289. (D.B.)

Bravais (1817)-Jackson (1867), epilepsia; crizele jacksoniene; accesele focale, produse de excitația locală a scoarței cerebrale de către o tumoare sau o cicatrice. În funcție de localizarea focarului, crizele pot fi motorii — epilepsia somatomotorie *(epilepsia somatomotorica),* senzoriale *(epilepsia somatosensitiva),* senzitive (gustative, olfactive, vizuale), cu accese de tulburări psihice (*epilepsia psihosenzorială* etc.). Criza evoluează fără pierderea cunoștinței. După criză poate să apară o pareză tranzitorie în regiunea corpului în care s-au observat convulsiile. (D.B.)

Brdlik, simptomul; în boala Heine-Medin. Copilul bolnav nu-și poate flecta capul pînă la genunchi, „nu-și poate săruta genunchiul". Absența simptomului exclude poliomielita. (D.B.)

Bremer (1926), sindromul; stare disrafică; mielodisfagia Fuchs. Leziuni ale coloanei vertebrale și oaselor (dislocarea vertebrelor, anomalii de dezvoltare a arcurilor vertebrale), tulburări ale structurii sternului (depresiune infundibuliformă), piciorului (picior în formă de arc, degete în formă de ciocan), cuduri ale coloanei vertebrale, lungime excesivă a humerusului, areflexie cutanată și tendinoasă, tulburarea simțului superficial, acrocianoză, plante și palme reci și umede, pilozitate excesivă, nicturie. Esențiale în acest sindrom sînt tulburările de dezvoltare a măduvei spinării: în perioada embrionară, șanțul nervos nu se sudează în întregime. (D.B)

Brenneman, complexul simptomatic; descris în 1927. Simptome din partea organelor cavității abdominale — care amintesc uneori inflamația colecistului — în bolile căilor respiratorii superioare, în

Scanned with OKEN Scanner

special angină. Se observă predominant la copii; uneori sugerează peritonita.

Bibl. — BRENNEMAN J.: *J.A.M.A.*, 1927, 89, 2 183. (D.B.)

Brenner, tumoarea; tumoarea benignă a ovarului, constă din țesut care amintește fibromul ovarian și din insule sau chisturi cu caracter epitelial, încorporate în tumoare, care este totdeauna unilaterală. Nu produce simptome nete de hiperestrogenemie; la o parte din bolnave se găsesc tulburări ale ciclului menstrual. Descrisă în 1907. Denumirea a fost introdusă de Meier, în 1932.

Bibl. — WILLIS R. A.: Pathology of tumors, ed. a II-a, Londra, 1953, 488. (D.B.)

Breuss, diseminarea; mola hematică *(haematomole);* tuberculii subcoriali *(tuberoses subchoriales);* hematomul membranei deciduale *(Hämatom der Decidua).* Hemoragii limitate sub membrana vilozităților coriale, cauza proeminării verucoase a corionului și amniosului în interiorul oului embrionat. Se produce astfel o disproporție între micimea fătului și mărimea întregului ou embrionat.

Bibl. — SEITZ L., AMREICH A.: Biologie u. Pathologie des Weibes, Berlin, 1951, VII, 336. (D.B.)

Brickner, simptomul din paralizia perechii a VII-a de nervi cranieni: absența sau incompleta închidere a pleoapelor sub acțiunea excitanților auditivi. (D.B.).

Brill, boala; vezi Brill-Zinsser, boala. (D.B.)

Brill-Symmers, complexul simptomatic; boala Brill-Baehr-Rosenthal; limfoblastomul gigantofolicular *(lymphoblastoma gigantofolliculare);* limfadenopatia foliculară gigantă; hiperplazia foliculară generalizată a limfoganglionilor și splinei; limfoblastomul macrofolicular; descris în 1925. Mărirea importantă a limfoganglionilor, ficatului și splinei, fără ascensiune febrilă. Pe tegumente apar noduli roșii-castanii sau zone de eritrodermie descuamativă. Exsudat în cavitatea pleurală și peritoneală. Sîngele fără modificări caracteristice. Boala duce, după o evoluție de mai mulți ani, la caşexie. Tabloul histologic al limfoganglionilor nu este tipic; se decelează polimorfism celular și celule gigante, asemănătoare celulelor Sternberg. În perioada de generalizare apar modificări în oase, care duc la fracturi spontane. Etiologie necunoscută.

Bibl. — COMBER F. S., BLEUFARB G. M.: *Arch. Derm. Syph. (Berl.),* 1941, 44, 409. (D.B.)

Brill-Zinsser, boala; boala Brill; tifos exantematic sporadic; descris în 1910. Amintește tifosul exantematic epidemic, dar cu evoluție mai ușoară și atipică, cu reacție Weil-Felix deseori negativă, dar cu reacții pozitive de aglutinare la *Rickettsia prowazecki* și de legare a complementului cu antigen de rickettsii. Probabil să reprezinte o recidivă a unui tifos exantematic contractat de mult. (D.B.)

Brinkmann (1922), tetralogia; în periarterita nodoasă *(periarteritis nodosa).* Asociere de polinevrită, mielozâ funiculară, tulburări ale tractului digestiv și inflamație renală. (D.B.)

Briquet, sindromul: oprirea respirației și afonia produse de afectarea isterică a diafragmului. (D.B.)

Brissaud, boala: contracții musculare habituale (ticuri). (D.B.)

Brissaud, sindromul; leziuni alternante ale punții. Leziunea perechii a VII-a de nervi cranieni, exprimată prin contractura mușchiului facial de partea leziunii și hemiplegie de tip central de partea opusă. (D.B.)

Brissaud, sindromul; în bolile bulbare. Stare anxioasă sub forma de crize, de obicei noaptea, cu tremurături ale corpului, transpirații reci, paloarea tegumentelor, tulburări respiratorii și circulatorii. (D.B.)

Bristowe, sindromul; în tumorile corpului calos. Hemiplegie progresivă, asocierea hemiplegiei, de o parte, cu simptome minore, slab exprimate, de hemipareză de partea opusă; stupoare, somnolență, dificultăți de deglutiție, tulburări de vorbire; absența simptomelor din partea nervilor cranieni; moartea este precedată de stare comatoasă. (D.B.)

Broadbent, boala; apoplexia progresivă *(apoplexia progressiva, ingravescent apoplexia).* Forma progresivă a ictusului cerebral, în care bolnavul, fără pierderea senzoriului, începe să aibă o stare generală proastă, apoi ameteli, vărsături. Se dez-

Scanned with OKEN Scanner

voltă treptat paralizie, senzoriul se pierde progresiv, iar la sfîrşit — stare comatoasă şi moarte. (D.B.)

Broadbent, simptomul: în inspiraţie se produce mişcarea peretelui posterior al cutiei toracice între coasta a 9-a şi a 11-a. Se observă în mediastinopericardita adezivă *(mediastinopericarditis adhesiva).* (D.B.)

Brocq, boala; eritrodermia congenitală ihtioziformă *(erythrodermia congenitalis ichtyosiformis);* hiperkeratoza *(hyperkeratosis)* congenitală ihtioziformă Darier; descrisă în 1902. Se caracterizează prin apariţia, la nou-născut, a unor focare de roşeaţă şi rugozitate cutanată excesivă, interesînd uneori suprafaţa întregului trunchi. În contrast cu ihtioza, modificările patologice sînt localizate la nivelul pliurilor articulare (regiunea axilară, inghinală, a coatelor, a spaţiului popliteu), dar şi la nivelul palmelor şi plantelor. Cornificării excesive i se asociază proliferări verucoase şi hiperfuncţia glandelor sudoripare şi sebacee, iar uneori şi creşterea excesivă a părului şi unghiilor. În prezent s-a individualizat şi o formă veziculară. Nu există transformarea unei forme în cealaltă. Veziculele se localizează în straturile superficiale ale epidermului. În forma veziculară prognosticul este cu mult mai nefavorabil.

Bibl. — PAWLOWSKI S.: *Przegl. derm.*, 1951, 1, 41. (D.B.)

Brocq, boala; eritrodermia pitiriazică în plăci diseminate *(érythrodermie pityriasique en plaques disséminées);* xantoeritrodermia persistentă *(xanthoerythrodermia perstans)* White-Crocker; parapsoriazis. Pe trunchi şi extremităţi apar treptat plăci net delimitate de ţesuturile înconjurătoare, de culoare brună, discret strălucitoare, cu bază neinfiltrată. Apariţia infiltraţiei la baza acestor plăci traduce trecerea bolii în micoză fungoidă *(mycosis fungoides).*

Bibl. — WISNIEWSKI J.: *Przegl. derm.*, 1924, 96. (D.B.)

Brocq, descuamarea marginată aberantă în zone *(desquamation marginée aberrante en aires);* vezi Bergeron, limba geografică. (D.B.)

Brocq, descuamaţia persistentă a limbii *(la desquamation persistante de la lèvre);* cheilita descuamativă a buzelor *(cheilitis desquamativa labiorum);* vezi Crocker-Mikulicz-Kuemmel, cheilita exfoliativă. (D.B.)

Brocq, parapsoriazis în formă de picături *(en gouttes);* dermatita psoriaziformă nodulară *(dermatitis psoriasiformis nodularis)* Jadassohn; pitiriazis lichenoid cronic *(pityriasis lichenoides chronica)* Juliusberg; parapsoriazisul papulos. Nodulii cutaneoepidermici au o suprafaţă uşor strălucitoare şi sînt diseminaţi pe feţele flexoare ale trunchiului şi extremităţilor. Starea generală bună, evoluţia cronică recidivantă.

Bibl. — BERNHARDT R.: Parapsoriasis, Varşovia, 1938. (D.B.)

Brocq, boala; parapsoriazis lichenoid *(parapsoriasis lichenoides);* lichenul în reţea *(lichen variegatus)* Crocker; parakeratoza în reţea *(parakeratosis variegata)* Unna, Politzer, Santi. Din punct de vedere morfologic, această varietate de parapsoriazis se individualizează prin dispoziţia în reţea a elementelor erupţiei, asemănătoare lichenului plat roşu sau psoriazisului, prin prezenţa atrofiei şi depigmentării. În caz de evoluţie îndelungată, boala poate trece în micoza fungoidă *(mycosis fungoides).*

Bibl. — BERNHARDT R., JASIOBEDZKI T.: *Medycyna,* 1938, 781. (D.B.)

Brocq, boala; parapsoriazis de etiologie necunoscută. Brocq, în 1902, a reunit sub această denumire trei boli cutanate, cu caractere clinice diferite, evoluînd cronic şi rezistente la tratament. Acestea sînt: 1) *parapsoriasis guttata;* 2) *parapsoriasis lichenoides;* 3) parapsoriazis în plăci.

Bibl. — CIVATTE A.: *Ann. Derm. Syph.*, 1951, 78, 5. (D.B.)

Brocq, boala; pseudopelada; alopecia atrofiantă *(alopecia atrophicans);* stare pseudopeladică. Etiologie necunoscută. După părerea autorilor francezi, aceste modificări pot să apară ca rezultat al unor procese variate de inflamaţie, atrofie şi scleroză; ei o compară cu alopecia focală după tratamentul lupusului eritematos, lichen plan, keratoză foliculară. Poate fi condiţionată şi de factori neurotrofici şi toxici. Neobservate, fără simptome in-

Scanned with OKEN Scanner

flamatoare nete, apar pe pielea păroasă a capului zone de alopecie, cu un diametru de 0,5—2 cm, concomitent cu atrofia pielii. Alopecia nu este niciodată completă, deşi focarele se pot mări; evoluţia este cronică, fără simptome subiective.

Bibl. — DEGOS P. R., RABUT R., DUPERAT B., LECLERCQ P.: *Bull. franç. Derm. Syph.*, 1951, 58, 451. (D.B.)

Brocq, boala; sicozis lupoid *(sycosis lupoides);* acnee pilară cicatriceală depilantă *(acnée pilaire cicatricielle dépilante)* Besnier; eritem centrifug sicoziform Unna; dermatita sicoziformă atrofică *(dermatitis sycosiformis atrophicans)* Ducrey Stangiel; sicoza cicatriceală; sicoza stafilococică. Semne caracteristice: apariţia unilaterală pe faţă, întindere spre periferie, prezenţa de cicatrice atrofică în centrul focarului.

Bibl. — GRACIANSKY, BOULLE: Atlas de dermatologie, 1952, 11. (D.B.)

Brocq, pigmentarea peribucală *(pigmentatio peribucalis);* dermatoza pigmentată peribucală *(dermatose pigmentée péribucale);* parakeratoza pigmentogenă peribucală *(parakératose pigmentogène péribucale)* Degos; descrisă în 1923. Se observă aproape exclusiv la femei, sub forma de focare de hiperpigmentare, de culoare galbenă-brună, cu contur neregulat, cu simptome inflamatoare slab exprimate şi cu descuamaţie în formă de tărîţe. Mulţi autori atribuie aceste modificări seboreei şi disfuncţiei ovariene. Gjibovski le consideră forma latentă a acneei rozacee. (D.B.)

Brocq, prurit circumscris cu lichenificare *(prurit circonscrit avec lichénification);* vezi Vidal, lichen cronic simplu. (D.B.)

Brocq, vezicula congenitală traumatică; vezi Koebner, complexul simptomatic. (D.B.)

Brocq-Dubreuilh, complexul simptomatic; keratodermia eritematoasă în plăci diseminate *(keratodermia erythematosa en plaques disséminées);* descris în 1905; vezi Gottron-Hudelo, complexul simptomatic. (D.B.)

Brocq-Pautrier, angiolupoid; descris în 1913. Modificări cutanate de tip sarcoid Boeck, sub forma de noduli mici, ovali, de culoare roşie-închisă, cu ectazii vasculare la periferie. De obicei apar unul sau cîţiva noduli pe suprafaţa laterală a nasului, mai rar în alte locuri. Boala se observă aproape exclusiv la femei în vîrstă de 40 de ani, frecvent pe fondul unei tuberculoze, cu evoluţie benignă, a plămînilor, pleurei sau cu altă localizare. Reacţiile la tuberculină sînt deseori pozitive, iar structura histologică este asemănătoare celei din sarcoidul Boeck.

Bibl. — WALTER F.: *Pol. Gaz. lek.*, 1922, 107, 126, 152. (D.B.)

Brocq-Pautrier, complexul simptomatic; glosita rombică mediană *(glossite losangique médiane, glositis rhombica mediana Lanéa);* papilomul dur *(papilloma durum)* Cutler; inflamaţia în formă de romb a regiunii mediane a limbii; descrisă în 1914. Procesul inflamator din mijlocul limbii este localizat distal faţă de papilele caliciforme, are o culoare roşie-roz, este lipsit de papile şi are forma unui romb neregulat. Există supoziţia că este rezultatul unei tulburări de dezvoltare a tuberculului impar *(tuberculum impar)* al limbii. Se observă mai des la bărbaţii în vîrstă de peste 30 de ani, nu produce simptome subiective, iar evoluţia este îndelungată.

Bibl. — KWIATKOWSKI L.: *Przegl. derm.*, 1933, 28, 715. (D.B.)

Brodie, abcesul *(abcessus Brodie);* osteomielita localizată cronică; descris în 1830. În os apare un abces de dimensiuni reduse, cel mai frecvent în regiunea metafizară, datorit unui proces inflamator acut localizat, produs de bacterii patogene slab virulente. Se observă mai ales la copiii sub vîrsta de 14 ani, mai des la băieţi. Se localizează, cu frecvenţă descrescîndă, în regiunea distală a tibiei, femurului, humerusului şi radiusului. Se însoţeşte de dureri osoase acute, în special noaptea. Pe radiografie se observă un focar de transparenţă, rotund, net delimitat, înconjurat de o zonă de scleroză osoasă, uneori cu un mic sechestru. Caracteristică este absenţa reacţiei subperiostale. Uneori se produce vindecare spontană; chiuretajul cavităţii grăbeşte vindecarea.

Bibl. — BRAILSFORD J. T.: *Brit. med. J.*, 1938, 2, 119. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Brooke, complexul simptomatic; epiteliomul adeno-chistic *(epithelioma adenoides cysticum);* tricoepiteliom papulos multiplu *(trichoepithelioma papulosum multiplex)* Jarisch; acantomul adeno-chistic *(acanthoma adenoides cysticum)* Unna; nevi epiteliomatoşi chistici *(naevi epitheliomatosi cystici)* Winkler; nevul tricoepiteliomatos *(naevus trichoepitheliomatosum)* Werther; descris în 1892. Se dezvoltă consecutiv displaziei efelidelor, cu caracter congenital, frecvent familial. Cel mai des pe faţă, mai rar în alte locuri, se găsesc noduli semitransparenţi, asemănători veziculelor, de consistenţă dură, diseminaţi sau grupaţi, nedureroşi; se întîlnesc mai frecvent la tineri. Excepţional de rar se pot maligniza.

Bibl. — BROOKE Ch.: *Brit. J. Derm.*, 1892, 269. (D.B.)

Brooke, complexul simptomatic; keratodermia; keratodermia eritematoasă *(keratodermia erythematosa);* keratodermia palmară şi plantară a adulţilor *(keratodermia palmaris et plantaris adultorum).* Se observă la vîrstă înaintată, de cauză necunoscută, uneori la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii, ceea ce încadrează acest complex simptomatic în formele ereditare ale keratomului palmar şi plantar, ca varietatea tardivă a acestuia. Leziunile pot fi localizate exclusiv la nivelul palmelor şi plantelor; uneori li se asociază focare eritemato-descuamative în alte regiuni cutanate, dispuse în unele cazuri simetric, ca în eritrokeratodermia simetrică Darier. O parte din aceste cazuri reprezintă forme latente de eritrodermie ihtiozică Brock.

Bibl. DEGOS: Dermatologie, 1956, 665. (D.B.)

Brouver, boala; atrofia cerebeloasă difuză *(atrophia cerebelli diffusa).* Procese atrofice ale cerebelului, cu evoluţie destul de rapidă (2—3 ani), de obicei consecutive unei intoxicaţii digestive sau metastazelor neoformaţiilor maligne. (D.B.)

Brown-Séquard, boala; epilepsia reflexă, produsă experimental prin extirparea nervului sciatic la cobai. La cîteva săptămîni după operaţie se observă hiperestezia pielii gîtului şi capului de partea piciorului lezat. Ciupirea acestui picior produce mişcări clonice ale extremităţii respective, apoi pierderea cunoştinţei şi convulsii tonico-clonice generalizate. Epilepsia Brown-Séquard poate să apară consecutiv prezenţei paraziţilor în regiuni epileptogene (păduchi). Animalul, consecutiv leziunii, nu se poate scărpina. Distrugerea paraziţilor duce la suprimarea tendinţei organismului la crize epileptice.

Experienţa clinică a arătat că în epilepsia reflexă la om pot exista sechele:

1. apariţia crizelor de epilepsie, ca rezultat al excitaţiei periferice la persoane, la care şi anterior au existat crize de epilepsie;

2. apariţia de crize, ca rezultat al unei excitaţii periferice la persoane care pînă atunci nu au prezentat crize de epilepsie;

3. apariţia crizelor spontane de epilepsie consecutiv repetării continue a excitaţiilor periferice. (D.B.)

Brown-Séquard, sindromul; în leziunea unilaterală a măduvei spinării, produsă de obicei de răni prin lovire. De partea lezată se observă areflexie, tulburări vasomotorii şi absenţa sensibilităţii profunde, iar de partea opusă, absenţa sensibilităţii dureroase şi termice. (D.B.)

Brown-Symmers, boala; encefalita seroasă acută *(encephalitis serosa acuta).* Se observă la copiii sub 7 ani. Temperatură ridicată, vărsături, diaree, simptome meningiene, paralizie oculomotorie, inflamaţia nervilor vizuali, papilă de stază, convulsii, hemiplegie sau paralizie bulbară. Moartea se produce în decurs de cîteva zile, cu simptome de comă. Etiologie necunoscută. (D.B.)

Brudzinski, simptomele meningiene: în meningita cerebro-spinală: 1) simptomul proximal Brudzinski: prin flectarea capului bolnavului spre cutia toracică, în decubit dorsal, apar dureri la nivelul cefei şi flexiunea extremităţilor inferioare în articulaţia genunchilor; mai rar flexiunea concomitentă a extremităţilor superioare în articulaţia cotului; 2) simptomul pubian Brudzinski: compresiunea pe simfiza pubiană produce contracţia muşchilor extremităţilor inferioare, mai rar flexiunea concomitentă a extremităţilor superioare în articulaţia cotului; 3) simptomul bucal

Scanned with OKEN Scanner

(jugal) Brudzinski: compresiunea puternică a regiunilor malare produce flexiunea extremităţilor superioare, mai rar a celor inferioare. (D.B.)

Bruenauer, complexul simptomatic; constă în descuamarea, cu caracter ereditar, a palmelor şi plantelor, asociată cu transpiraţii profuze şi boltă palatină înaltă.

Bibl. — BRUENAUER ST. R.: *Acta derm. venereol.*, 1923, 4, 389. (D.B.)

Bruenauer-Fuchs, complexul simptomatic; keratodermia striată sau în forma de benzi *(keratodermia striata* sau *en bandes).* Apare mult mai tîrziu decît forma dură a keratomului palmelor şi plantelor. Descuamaţia excesivă a epidermului, localizată sub formă de benzi pe suprafeţele palmare ale degetelor şi mîinilor, mai rar şi pe plante, fără transpiraţii excesive la acest nivel. Etiologie necunoscută.

Bibl. — SIEMENS W.: *Arch. Derm. Syph.*, 1929, 157, 2, 392. (D.B.)

Brugsch, sindromul; distrofia osteo-genitală *(dystrophia osteogenitalis);* acromicria; descris în 1928. Cauza ar fi insuficienţa lobului anterior al hipofizei (hiposecreţia hormonului de creştere în timpul gestaţiei, consecutivă tuberculozei sau tumorilor). Simptome: degetele de la mîini şi picioare scurte şi groase, dureri la palpare (radiologic se observă îngustarea şi decalcifierea falangelor distale şi altor oase), acrocianoză, diminuarea funcţiei glandelor genitale, căderea părului, hipotonie. Uneori, metabolismul bazal este scăzut. Se poate dezvolta hipofuncţia altor glande endocrine.

Bibl. — TEICHMANN P., PLACKE W.: Sammlung seltener klinischer Fälle, Leipzig, 1951. (D.B.)

Brulé-Garban, sindromul; vezi Abrami, sindromul. (D.B.)

Brunner (1856) — *Graefe-Hutchinson* (1879), boala; vezi Graefe, boala. (D.B.)

Bruns, simptomul; mişcarea rapidă a capului produce ameţeală intensă, pierderea echilibrului şi căderea bolnavului; la acestea se asociază tulburări ale activităţii inimii, ale respiraţiei, vărsături. Reprezintă simptomul de tumoare a ventriculului al IV-lea, mai rar a vermisului cerebelos; a fost considerat odinioară ca simptom patognomonic de cisticercoză cerebrală. Cauza simptomului constă în excitaţia parasimpaticului de către cisticerci sau tumoare. (D.B.)

Bruns (1892), sindromul; ataxia frontală *(ataxia frontalis);* ataxia prin leziunile lobului frontal encefalic. În 1953, Barré a denumit acest sindrom pseudoataxia frontală. Constă în mers nesigur, instabil, tendinţă la cădere şi tulburări psihomotorii *(apraxia motorie).* (D.B.)

Bruns-Jastrowitz, simptomul: stare hipomaniacală cu excitaţie motorie, euforie, sforţări de a face spirite. Este tipic pentru procesele morbide care se desfăşoară în lobul frontal. (D.B.)

Bryant, triunghiul *(trigonum Bryanti),* format în felul următor: bolnavul fiind în decubit dorsal se trage o linie de la spina iliacă antero-superioară înapoi. Baza triunghiului este linia perpendiculară pe prima, care merge de la vîrful marelui trohanter în direcţia capului (linia Bryant), iar ipotenuza este linia care uneşte spina iliacă antero-superioară cu marele trohanter. În condiţii normale, triunghiul este echilateral, pe cînd în procesele patologice de la nivelul capului sau gîtului femural (de exemplu, luxaţia congenitală de şold), o latură a triunghiului (baza, linia Bryant) este mai scurtă. (D.B.)

Brzezicki, simptomul; acţiune în ciuda aşteptării *(actio praeter expectationem);* poate fi primul semnal al unui proces schizofrenic incipient.

Bibl. — BRZEZICKI E.: *NNPP*, 1956, 6, 669. (D.B.)

Brzezicki (1927), sindromul; parkinsonismul postapoplectic *(parkinsonismus post-apoplecticus);* sindromul rigido-amotor; hipertonico-akinetic. Se observă în stările postapoplectice. (D.B.)

Budd-Chiari, sindromul; boala Chiari; tromboflebita venelor hepatice *(thrombophlebitis vv. hepatis);* endoflebita hepatică obliterantă *(endophlebitis hepatis obliterans);* inflamaţia obliterantă a venelor hepatice. A fost descris de Budd în 1845 şi de Chiari în 1899. Evoluează sub forma acută şi cronică. Mai frecvent se observă

Scanned with OKEN Scanner

la copiii mici şi nou-născuţi. Forma acută începe cu dureri abdominale intense, vărsătură sanguinolentă, hepatosplenomegalie, cu ascită care se accentuează rapid. Uneori icter. Boala se termină cu comă hepatică. Forma cronică se dezvoltă lent. Treptat se măresc ficatul şi splina, apar ascita şi ectazii venoase. Dacă se constituie o circulaţie colaterală suficientă, boala poate evolua asimptomatic. Cauza trombozelor sînt flebitele (de exemplu, în inflamaţia căilor biliare, compresiunea prin formaţiuni intra- şi extrahepatice — adenoame, neoformaţii, echinococoză, sifilis, aderenţe).

Bibl. — CHIARI H.: *Z. Heilkunde*, 1898, 19, 475; *Beitr. path. Anat.*, 1899, 26, 1. (D.B.)

Buerger, boala; boala Winiwarter-Buerger; boala Billroth-Winiwarter-Buerger; endarterita obliterantă *(endarteriitis)* Buerger; trombangeita obliterantă *(thrombangitis obliterans, thrombangéite oblitérante);* şchiopătarea intermitentă; trombangeita obliterantă intermitentă; descrisă în 1899. Este una dintre formele de leziune generală a vaselor, în special a extremităţilor inferioare, care duce la obliterarea acestora şi la tulburări trofice ale ţesuturilor. Simptome: sensibilitate crescută a extremităţilor inferioare la frig, parestezii digitale, senzaţia de fierbinţeală la nivelul tălpilor, dureri ale muşchilor gambieri în mers, care cedează la repaus. Piciorul bolnav este palid, rece, în special după mers. Pulsul arterei pedioase lipseşte, se instalează atrofia musculaturii gambiere, ulceraţie, apoi gangrenă, în special uscată, a degetelor, mai rar a piciorului sau a întregului membru inferior. Boala se prezintă sub 3 forme: acută, subacută şi, cel mai frecvent, cronică, aproape exclusiv la bărbaţi în vîrstă de 30—40 de ani. Cauza nu este clară (sensibilitate crescută faţă de microbi şi toxinele acestora). La apariţia bolii contribuie abuzul de tutun. Prognosticul *quo ad vitam* favorabil, *quo ad sanationem* dubios, iar în forma acută, nefavorabil.

Bibl. — KEDRA M. :*Wiad. Lek.*, 1954, 9, 492. (D.B.)

Buerger-Grutz, complexul simptomatic; hiperlipemia esenţială *(hyperlipemia essentialis);* descris în 1932. Boala constă în tulburarea metabolismului lipoidelor, xantomatoză sub forma de papule pe pleoape şi extremităţile superioare (pe feţele dorsale), mărirea ficatului, mai rar a splinei, dureri osteo-musculare fără deformări articulare, dureri abdominale în formă de colici, cu leucocitoză şi ascensiune febrilă, care retrocedează spontan. Se presupune că durerile apar ca rezultat al măririi bruşte a ficatului şi splinei, consecutivă depunerii excesive de lipide, şi probabil dezvoltării pancreatitei. În sînge se găseşte un nivel foarte crescut de grăsimi neutre, lipoide, colesterol, uneori hiperlipemie. Probele hepatice sînt negative. Cauza cea mai probabilă este tulburarea funcţiei pe care ficatul o îndeplineşte în metabolismul lipoidelor, dar poate şi absenţa unui factor, ipotetic, care condiţionează un metabolism lipidic normal.

Bibl. — BOULET P.: *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1937, 73, 453. (D.B.)

Bugard - Souvores - Coste - Valade - Salle (1953), sindromul; se observă la personalul tehnic din industria aviatică, sub acţiunea zgomotului şi vibraţiilor. Surditate progresivă, care se dezvoltă lent, oboseală, astenie musculară, excitabilitate nervoasă crescută, slăbire şi hipotonie.

Bibl. — *Sem. Hôp. Paris*, 1953, 65. (D.B.)

Buhl, boala; septicemia nou-născuţilor; degenerescenţa grăsoasă acută a nou-născuţilor; descrisă în 1861. Se dezvoltă ca rezultat al infecţiei, cel mai des stafilococică, contractată intrauterin sau *intra partum*. Produce icter cu agravare progresivă; hemoragii cutanate şi ale mucoaselor; evoluează afebril; se constată cianoză, colaps. Prognostic nefavorabil; sfîrşitul este frecvent letal.

Bibl. — BUHL L.: Die akute Fettdegeneration des Neugeborenen, Leipzig, 1861. (D.B.)

Bumke, simptomul: absenţa dilatării pupilelor sub influenţa emoţiilor psihice şi excitanţilor senzitivi; la indivizi sănătoşi, aceasta se produce constant. Descris în 1903. Se observă în schizofrenie şi survine în funcţie de durata evoluţiei bolii. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Bumke, mobilitatea continuă a pupilelor; descrisă în 1928; vezi Westphal, simptomul. (D.B.)

Burnett, sindromul; sindromul alcalilor laptelui *(milk-alcali syndrom);* sindromul băutorilor de lapte *(Milchtrinkersyndrom);* hipercalcemia alimentară *(dietetische Hypercalcaemie);* alcaloza şi hipercalcemia. Alcaloză cronică şi tulburarea metabolismului calciului, consecutive utilizării îndelungate a unei cantităţi mari de lapte şi alcaline. A fost descris de Burnett, Commons, Albright şi Howart în 1849. Se dezvoltă cel mai des în boala ulceroasă tratată cu dietă lactată. Se caracterizează prin apatie, anorexie, frecvent vărsături; în sînge se constată alcaloză, hipercalcemie, cu fosforemie normală. Datorită eliminării excesive de calciu de către rinichi, sărurile de calciu precipită în aceştia şi în căile urinare (nefrocalcinoza). Aceasta poate duce la infecţia secundară a căilor urinare şi insuficienţă renală.

Bibl. — LICHWICZ şi colab.: *Sem. Hôp. Paris,* 1958, 34, 346. (D.B.)

Buschke, boala; scleredemul *(sclero-edema)* adulţilor; descrisă în 1900. Etiologia nu este complet elucidată pînă în prezent; ar putea fi infecţioasă, toxică sau trofică. Constă în edem şi indurarea tegumentelor şi ţesutului subcutanat. Pielea este netedă, nu se poate obţine pliu cutanat. Procesul începe pe faţa posterioară a gîtului şi de aici se întinde la faţă (aspect de mască) şi partea superioară a trunchiului. Evoluţia este subacută; leziunile dispar fără sechele.

Bibl. — TOURAINE A., GOLEL, SOULIGNAC: *Ann. Derm. Syph.,* 1937, 8, 761, 841, 921. (D.B.)

Buschke, boala; vezi Madelung, boala. (D.B.)

Bussaca, simptomul dispersiei pigmentului; descris în 1952. Se caracterizează prin faptul că melanina, liberată consecutiv leziunii cromatoforilor corpului ciliar sau irisului, se acumulează în celulele endoteliale ale corneei şi în unghiul camerei anterioare a ochiului, datorită circulaţiei lichidului din camera anterioară. Se observă la vîrsta înaintată (după 50 de ani), în miopia forte, dezlipirea de retină, în perioada postoperatorie, precum şi în glaucomul cronic (la bătrîni), în fusul Krukenberg şi în glaucomul pigmentar Sagar.

Bibl. — MANNA F.: *Klin. oczna,* 1959, 23, 233. (D.B.)

Bussaca, tuberculii; descrişi în 1932, sînt asemănători tuberculilor Kepp, dar apar în stratul mezodermal anterior al irisului. Se observă în inflamaţiile subacute şi cronice ale membranei vasculare a ochiului.

Bibl. — BUSSACA A.: *Klin. Mbl. Augenheilk.,* 1932, 88, 14. (D.B.)

Busse-Buschke, boala; toruloza *(torulosis);* criptococoza *(cryptococcosis);* descrisă în 1894. Este o boală subacută sau cronică, produsă de ciuperca *Cryptococcus neoformans (Torula histolytica).* Infecţia se face prin picături. Modificările patologice se localizează cel mai frecvent în sistemul nervos central, producînd tabloul clinic al meningoencefalitei (cefalee, hipertermie, semne meningiene şi cerebrale progresive), al abcesului sau al tumorii cerebrale. Mai rar, focarul primar se localizează în plămîni, traducîndu-se prin simptome de bronşită sau bronhopneumonie. Localizări rare sînt cele de la piele, oase, limfoganglioni.

Bibl. — MAY J.: *Pol. Tyg. lek.,* 1958, 13, 480. (D.B.)

Buzzard, simptomul; îndoirea picioarelor *(giving away of the legs);* în tabes, legată de ataxie şi hipotonia musculară. (D.B.)

Bywaters, complexul simptomatic; sindromul de strivire *(crush syndrome);* anuria traumatică *(traumatic anuria);* descris în 1944. Se observă la subiecţii acoperiţi în parte de grinzi, pămînt etc., după liberarea acestora de presiune. Simptomele amintesc şocul posttraumatic; după cîteva zile se asociază simptome renale (insuficienţă tubulară acută, uremie) şi simptome din partea tractului digestiv (ocluzie intestinală reflexă). Frecvent se sfîrşeşte fatal (60%); moartea este asemănătoare cu aceea prin hiperkaliemie. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

C

Cabannes (1900), boala; agenezia primitivă a nucleului perechii a VII-a de nervi cranieni; simptomele neurologice sînt cele corespunzătoare absenţei nucleului acestei perechi de nervi cranieni. (D.B.)

Caffey, boala; hiperostoza corticală infantilă *(hyperostosis-corticalis infantilis);* boala Caffey-Silverman *(Caffey-Silvermansche Krankheit);* poliosteopatia deformantă congenitală regresivă *(polyosteopathia deformans connatalis regressiva);* hiperosteogeneza periostoencondrală feto-infantilă regresivă *(hyperosteogenesis periosteoenchondralis feto-infantilis regressiva);* descrisă în 1945. Se caracterizează prin edemul ţesuturilor moi, fără simptome inflamatoare, şi îngroşarea compactei diferitelor oase lungi. Cel mai frecvent sînt afectate mandibula şi clavicula, apoi omoplatul, coastele şi oasele lungi, inclusiv oasele metacarpiene şi metatarsiene. Îngroşarea compactei se diagnostichează numai radiologic, la cîteva săptămîni de la debutul bolii. Sînt afectaţi predominant copiii de la 3 săptămîni la 20 de luni de viaţă. Etiologia insuficient elucidată (D.B.)

Calvé, boala; osteocondrita vertebrală infantilă *(osteochondritis vertebralis infantilis);* vertebra plană osteonecrotică *(vertebra plana osteonecrotica);* osteocondrita corpului vertebral *(osteochondritis of vertebral body);* vertebra plană *(Plattwirbel);* pseudospondilita infantilă *(infantile Pseudospondylitis);* descrisă în 1925. Constă în necroza aseptică a uneia, mai rar a cîtorva vertebre. Se observă la copii între 5 şi 10 ani. Se manifestă prin dureri, ţipăt nocturn, dureri locale şi modificări în tabloul radiologic: turtirea corpului vertebral şi modificarea structurii osoase.

Bibl. — RASZEJA F. P.: *Przegl. Chirurg.*, 1926, 5, 1311. (D.B.)

Caminopetros, sindromul; anemia eritroblastică cu facies mongolian incomplet *(anémie érythroblastique à faciés mongolien incomplet);* anemia geofagilor *(anémie des géophages);* descrisă în 1938. Se observă la copiii mari. Modificările oaselor craniului sînt slab exprimate; semnul caracteristic este viciul copiilor de a mînca pămînt sau var.

Bibl. — CAMINOPETROS: *Ann. Med.*, 1938, 43, 1. (D.B.)

Canale, sindromul; mieloza eritremică cu reticuloendotelioză *(mielosis eritremica cum reticuloendoteliosi).* Este o varietate a bolii di Guglielmo: asociaţia eritremiei cu hiperplazia celulelor sistemului reticulohistiocitar, dar cu predominanţa eritremiei (spre diferenţă de sindromul Barille, în care există proporţia inversă). (D.B.)

Capgras, sindromul; tulburări psihice: incapacitatea de a recunoaşte subiecţii. (D.B.)

Caplan, boala; descrisă în 1953. Este boala profesională a minerilor, caracterizată prin poliartrită cronică cu pneumonioză. Se manifestă prin dispnee progresivă, emfizem pulmonar, bronşită cronică. Examenul radiologic arată focare întinse de fibroză a parenchimului pulmonar. Etiologie necunoscută.

Bibl. — CAPLAN A.: *Thorax*, 1953, 8, 29. (D.B.)

Cardarelli, simptomul; modificarea simptomului Oliver. Constă în mişcări ritmice ale faringelui, în direcţie transversală, în timpul fixării capului în poziţie dreaptă şi deplasării faringelui, cu degetul, la stînga (vezi Oliver, simptomul). (D.B.)

Carducci, febră eruptivă specială *(fièvre éruptive spéciale);* vezi Conor-Bruch, boala. (D.B.)

Carrión, boala; febră Oroy; bartoneloza *(bartonellosis); verruca peruviana; bouton d'Amboine;* descrisă în 1895. Boala a fost cunoscută de mult, de către Odriozol, la populaţia care trăieşte în colinele Anzilor din Peru, Bolivia, Ecuador şi

Scanned with OKEN Scanner

Columbia, apărînd sub formă de endemii sau epidemii, produsă de *Bartonella bacilliformis* (Barton, 1909). Afecţiunea se transmite prin ţînţari: *Phlebotomus verrucarum* şi *nogouchi*. Pînă nu de mult se diferenţiau, ca entităţi nosologice de sine stătătoare, forma cu anemie *(febris Oroy)* şi forma cutanată *(verruca peruviana)*. După o perioadă de incubaţie de 2—3 săptămîni, boala începe cu febră care atinge 40°, artralgii şi mialgii, cefalee şi insomnie. Se accentuează rapid paloarea şi dispneea, starea generală se alterează, se dezvoltă foarte rapid o anemie hipocromă de tip macrocitar. Agentul patogen se găseşte în hematii. În 10—40% din cazuri boala are sfîrşit fatal, în decurs de 2—3 săptămîni; restul cazurilor, după o perioadă lungă asimptomatică, trece în faza de *verruca peruviana*. Pe tegumente se observă noduli roşii-vişinii, care amintesc angioamele, puţin numeroşi sau realizînd un exantem întins, care apar în pusee, însoţiţi de obicei de febră înaltă. Aceste pusee pot dura luni. Prognosticul este favorabil. Uneori tipul veruca al bolii evoluează fără perioada prealabilă de febră Oroy. (D.B.)

Carthart, simptomul audiologic; descris în 1952. Se observă în otoscleroză şi constă în decelarea unui croşet pe curba prag a conducerii osoase, în limitele de frecvenţă de la 512 la 4096 o/sec. Croşetul are 5 pînă la 20 d.b., cu maximum pentru frecvenţa de 2 048 o/sec. Acest croşet ajută la determinarea gradului real de ameliorare a auzului, după fenestrarea labirintului. Cauza apariţiei croşetului Carthart este, probabil, diminuarea conductibilităţii zgomotelor în lichidul urechei interne, consecutiv hiperpresiunii acestuia.

Bibl. — CARTHART K.: *Trans. Amer. Acad. Ophthalm.*, 1952, 65, 621, (D.B.)

Carvallo, simptomul; diminuare caracteristică a zgomotului sistolic puternic la nivelul şocului apexian, în inspiraţie. Se observă în insuficienţa valvulei mitrale. (D.B.)

Caspèr (1846), simptomul; eruntofobia; eritrofobia *(erytrofobia)*; teama de a roşi în public. (D.B.)

Cassier, complexul simptomatic; acroasfixia cronică hipertrofică *(acroasphyxia chronica hypertrophica)*. Etiologie necunoscută. Nevroza constituţională vasomotorie şi trofică a sistemului nervos vegetativ, cu cianoza extremităţilor (acroasfixia). Cianoza extremităţilor distale ale extremităţilor se dezvoltă la vîrsta copilăriei mici. Mîinile sînt reci, umede, sensibile la frig. Cu timpul apar tulburări trofice (atrofia sau hipertrofia ţesuturilor), de sensibilitate, tulburări ale secreţiei sudoripare. În plus, există simptome generale de nevroză (lipotimii, palpitaţii etc.).

Bibl. — CASSIER K. — Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Oppenheim, 1912. (D.B.)

Castaigne-Houdart-Buge (1952), sindromul; asociaţie de epilepsie şi diabet.

Bibl. — MAJKOWSKI J. — *NNPP*, 1955, 2, 199. (D.B.)

Castellani, febra; febra enteromialgică *(febris enteromyalgica)*. În materiile fecale se găsesc bacili asemănători cu *Proteus metadiffluens*, asociaţi cu *Bacterium myocyaneum*. Este o boală febrilă, cu durată de 5—10 zile, care se caracterizează prin dureri puternice musculare, articulare şi osoase, cu scaune fetide avînd reacţia intens alcalină. (D.B.)

Castro (de) (1926), reflexul; în leziunile căilor piramidale. Este o varietate a reflexului palmo-mentonier Marinescu-Radovici. Constă în contracţia muşchilor mentonieri, prin excitaţia cutanată palmară. (D.B.)

Caulk, complexul simptomatic; complexul simptomatic Falson; sindromul obstructiv prostatic feminin *(female prostatic obstructing syndrome)*. Constă din iritarea vezicei urinare şi în dificultăţi în micţiune, aceasta devenind uneori imposibilă, la femei. Caulk a descris primul, în 1921, acest complex simptomatic, în care obstacolul este localizat la nivelul segmentului posterior al uretrei. Falson a descris în 1931 strictura acestui segment, care este înconjurat de formaţiuni glandulare asemănătoare glandei prostatice a bărbatului. Falson consideră că apariţia complexului simptomatic descris este datorită proceselor inflamatorii ale glandelor uretrale. Unui dintre simptomele esenţiale este piuria de origine uretrală. Cistoscopia arată absenţa leziunilor în vezica urinară, urina excretată de rinichi este nemodificată; cisto-

Scanned with OKEN Scanner

grama evidenţiază, însă, leziuni ale segmentului posterior al uretrei — hipertrofia ţesutului conjunctiv, retracţia cicatriceală şi strictura uretrei. Tratamentul, ca şi în adenomul de prostată la bărbat, este chirurgical.

Bibl. — DURHAM R. — Encyklopedia of medical syndromes, New York, 1960. (D.B.)

Cazal, reticulită monocitemică *(réticulite monocytémique);* vezi Pfeiffer, boala. (D.B.)

Cazanave, acneea corneei *(acne cornea);* vezi Morrow-Brooke, complexul simptomatic. (D.B.)

Cazim-Boeck, simptomul; asociaţia unei intense pulsaţii de ejecţie la nivelul cordului, în spaţiile intercostale al II-lea şi al III-lea, pe linia parasternală stîngă, înăuntrul şocului apexian, cu puls mic la artera radială. Se observă în cazul anevrismului peretelui anterior al ventriculului stîng.

Bibl. — ORLOWSKI W. — Zarys Ogolnej Diagnostyki Lekarskiej, Warszawa, 1956. (D.B.)

Ceelen-Gallerstedt, sindromul; *essential pulmonary hemosiderosis; essentielle braune Lungeninduration; hämolytische Anämie mit Lungenhämosiderose; pneumohämorrhagische Anämie.* Descris de Ceelen, în 1931. Debutează de obicei în prima copilărie. Se caracterizează prin anemie hipocromă recidivantă. În perioadele de agravare apar accese de asfixie, cu tuse. În spută se găseşte o mare cantitate de hematii şi macrofage cu pigment sanguin. Uneori se asociază dureri abdominale, icter, febră, hematurie şi albuminurie, alteori o creştere neînsemnată a tensiunii arteriale. Radiologic se constată, în plămîni, opacităţi diseminate micronodulare, îndeosebi în lobii inferiori.

Bibl. — GALLERSTEDT N. — *Acta Path. Microbiol. Scand.,* 1939, 16, 386. (A.W.)

Cestan-Chenais (1905), sindromul; forma abortivă a sindromului Babinsky-Nageotte, în care se observă hemiplegii alternante, sindromul Avellis, tulburări simpatice oculare. (A.W.)

Cestan-Lejonne, sindromul; formă clinică a miatrofiei progresive. Domină contracturile şi deformările articulare; vezi boala Erb. (A.W.)

Chadock (1911), reflexul: poziţie în extensie a halucelui în caz de excitare laterală a plantei, sub maleolă; vezi reflexul Babinski. (A.W.)

Chagas, sindromul; *trypanosomiasis americana; South America human trypanosomiasis;* tripanosomiaza americană; descrisă în 1909. Determinată de *Trypanosoma cruzi,* întîlnită în America Centrală şi America de Sud, transmisă de ploşniţele *Triatomidae* cuibărite în pereţii locuinţelor de lut. La locul de pătrundere a agentului patogen (prin înţepătura ploşniţei sau prin conjunctivă) apare un proces inflamator delimitat, iar la parte din bolnavi, o erupţie microrozeolică pe trunchi. Agentul patogen se găseşte intracelular în muşchi, sistemul nervos central, ficat, suprarenale şi alte organe. La adulţi, evoluţia bolii este cronică, fără reacţii febrile, cu simptome deosebit de manifeste din partea miocardului; la copii, evoluţia este acută şi subacută, fiind cu atît mai acută cu cît copilul este mai mic. În forma acută se constată febră mare, hepatomegalie şi splenomegalie, dureri ganglionare şi simptome de insuficienţă circulatoare. (A.W.)

Chamberlain, simptomul; descris în 1932. Constă din deplasarea (se observă radiologic) simfizei pubiene în caz de sprijinire alternativă pe un picior şi pe altul; se constată în caz de articulaţii sacroiliace balante. (A.W.)

Charcot (1869), boala; *sclerosis lateralis amyotrophica;* scleroza laterală amiotrofică. Atrofia muşchilor extremităţilor, tremurătură fibrilară extinsă, leziuni degenerative în muşchii atrofiaţi, accentuarea reflexelor tendinoase şi periostice, simptome spastice. Etiologia este necunoscută. (A.W.)

Charcot, ictus laringian. Apariţia bruscă a senzaţiei de zgîrietură laringiană, a unui acces de tuse, eritem al feţei şi pierderea cunoştinţei. Pot să se asocieze spasme mai mult sau mai puţin extinse. Bolnavul îşi revine la fel de brusc, putîndu-şi relua ocupaţiile. (A.W.)

Charcot, pneumonia cronică pleurogenă; inflamaţie proliferativă pulmonară, consecutivă inflamaţiei pleurale. Se traduce clinic prin adinamie, junghi toracic, tuse, febră, anorexie; la examenul obiectiv se constată deasupra focarului inflamator,

Scanned with OKEN Scanner

matitate, suflu bronşic, uneori raluri crepitante şi raluri buloase mici. Radiologic: pleurită şi inflamaţie pulmonară. Prognosticul este rezervat. (A.W.)

Charcot, simptomul; *casque Charcot;* cefalee constrictivă de tip neurastenic. (A.W.)

Charcot, simptomul: poziţia mai ridicată a sprîncenelor, de partea bolnavă, în caz de paralizie periferică a nervului VII şi poziţie lăsată în jos a sprîncenelor, în caz de contractură a muşchilor inervaţi de nervul VII. (A.W.)

Charcot, sindromul claudicaţiei intermitente; *angina cruris; Endarteriitis der Beine; intermittierende Dysbasie;* claudicaţia intermitentă; descrisă în 1858. Apariţia durerilor la extremităţile inferioare, în timpul mersului, dureri care se atenuează sau dispar după un scurt popas. Tulburări de sensibilitate, senzaţie de rigiditate, furnicături, răcirea picioarelor, dureri în musculatura gambelor în timpul mersului, paloarea digitală, ulceraţii şi necroză a părţilor moi ale extremităţilor. Lipsa pulsului la artera dorsală a piciorului, de partea bolnavă. Sindromul apare în caz de leziuni organice care duc la obstruarea lumenului arterelor extremităţilor inferioare (scleroză), mai rar în caz de stări spastice cu anemiere musculară. Nicotina, alcoolul, diabetul zaharat, sifilisul joacă un mare rol în apariţia acestui sindrom. Prognosticul este variabil în funcţie de natura şi gradul leziunilor vasculare.

Bibl. — OROWSKI W.: Nauka o chorobach wewnetrznych. Tom I. Uklad kraźenia. Lek. Inst. Nauk. Wyd., Warszawa, 1947. (A.W.)

Charcot-Brissaud, simptomul; cheiromegalia, în siringomielie. Hiperplazie globală a mîinilor şi degetelor, însoţită de tulburări vasomotorii. (A.W.)

Charcot-Duchenne (1865); boala; *sclerosis lateralis amyotrophica et paralysis bulbaris progressiva;* scleroză laterală amiotrofică şi paralizie bulbară progresivă. Apariţia simultană a simptomelor de paralizie spastică şi flască. Forma spinală apare de obicei mai devreme, cea bulbară mai tîrziu. Etiologia este necunoscută. (A.W.)

Charcot-Joffroy (1871), boala; *pachymeningitis cervicalis hypertrophica;* pahimeningita cervicală hipertrofică. Boală rară, amintind clinic siringomielia. În meninge, mai cu seamă în pahimeninge, apar o îngroşare masivă, sinechii meningeale, formînd un inel care comprimă măduva spinării şi rădăcinile. În etiologia acestei boli au deseori un rol tuberculoza şi sifilisul. (A.W.)

Charcot (1862)-**Marie** (1863), simptomul; în boala Basedow. Tremurături ale mîinilor, sub forma unor oscilaţii rapide, scurte, în ritm de 8—9 secuse/sec. (A.W.)

Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann, boala; *atrophia musculorum progressiva neuralis;* atrofia musculară progresivă. Descrisă de Charcot şi Marie în 1886 şi, independent de ei, de către Tooth în Anglia, drept „forma peronieră a atrofiei musculare progresive". Denumirea actuală a introdus-o Hoffmann, în 1891. Boala evoluează lent, între vîrstele de 5 şi 20 de ani; este mai frecventă la bărbaţi. Atrofia musculară începe simetric, de la porţiunea distală a extremităţilor inferioare (muşchii peronieri, extensorii gambelor, muşchii mici ai piciorului). Mersul este iniţial stepat, apoi se transformă în mers „valg". Într-o fază mai avansată, bolnavii nu pot sta locului, „trecînd tot timpul de pe un picior pe celălalt". Reflexele tendinoase lipsesc, apar tulburări ale excitabilităţii electrice (pînă la degenerare). În patogenia bolii, atrage atenţia, după Pette, lezarea celulelor ganglionare din coarnele anterioare ale măduvii spinării, ca şi a celulelor ganglionare simpatice. În afară de forma clasică se mai deosebesc sindroamele Bernhardt, Davidenkov, Hennel, Harryngham. (A.W.)

Charcot-Vulpian (1866), boala; *sclerosis multiplex; sclerosis disseminata; polysclerosis; sclerose en plaque;* scleroza în plăci. Boală medulo-encefalică cu demielinizări în focar, cu infiltrat perifocal şi gliomatoză reactivă. Etiologia şi patogenia sînt încă neelucidate. Simptomele prodromale sînt: fotopsie, diplopie, afectarea nervilor cranieni, parestezii, nevrită retrobulbară a nervului optic. Triada clasică Charcot (nistagmus, vorbire scandată, tremurătură intenţională) se observă numai în 5—8% din totalul cazurilor. Bing mai adaugă la

Scanned with OKEN Scanner

acestea şi lipsa reflexelor abdominale; de asemenea simptomele de pareză spastică a extremităţilor. Simptome frecvente sînt: pălirea papilelor nervilor optici, tulburări sfincteriene, schimbări ale psihicului (euforie, eutonie). Boala are de obicei manifestări polimorfe; evoluţia ei este lentă, cu perioade succesive de acutizare şi remisiune, staţionare sau progresiune. (A.W.)

Charcot-Weiss-Baker, sindromul; *Karotissinus-Syndrom; Kollaps-Syndrom;* sindromul sinusului carotidian. Reprezintă o urmare a excitării regiunii hipersensibile a sinusului carotidian, care duce la contracţia vaselor cerebrale şi dilatarea reflexă a celorlalte vase. Tensiunea arterială scade. Fotopsie, cefalee, adinamie, dureri precordiale cu bradicardie manifestă; se instalează pierderea cunoştinţei, uneori chiar moartea. Se observă în special la tineri fără leziuni organice ale miocardului, după emoţie, în caz de înclinare accentuată a capului, în timpul rasului, în caz de compresiune produsă de un guler strîmt; mai rar se observă la oamenii în vîrstă, cu scleroză a sinusului carotidian.

Bibl. — SCHERF D., BOYD L. J. — Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gefässerkrankungen, Ed. Springer, Viena, 1955. (A.W.)

Chardin, boala; acrodiniile epidemice ale adulţilor; vezi Feer, boala. (A.W.)

Chary, boala; vezi Francis, boala. (A.W.)

Chassaignac, subluxaţia; *subluxatio capituli radii; dislocation of the head of the radius; pronation douloureuse des jeunes enfants; subluxation du radius par élongation;* subluxaţia capului radial survine ca urmare a faptului că mîna copilului, condus de un adult, este brusc trasă de acesta. Apare durere în articulaţia radiocarpiană, mîna atîrnă în pronaţie, mişcările pasive sînt dureroase, cele active imposibile. Palparea produce durere în regiunea capului radiusului.

Bibl. — COLONN. a P. C. — *Reg. Ortop. Surg.*, 1950, 244. (A.W.)

Chauffard, sindromul; aşa numita „formă tetanică" a hemoragiei subarahnoidiene, care se manifestă cu contracturi musculare tetanice. (A.W.)

Chauffard-Minkowski-Gaensseln, boala; *sindromul Gaensseln; icterus haemolyticus congenitus; acholuric jaundice; congenital hemolitic icterus; familial spherocytosis; maladie hémolytique; anémie hémolitique congénitale; anémie à sphérocytes; Kugelzellenanaemie; haemolytische Konstitution;* icterul hemolitic congenital; anemia constituţională hemolitică. Prima descriere au făcut-o Murchison şi Wilson în 1885, ca entitate nozologică fiind delimitată de Minkowski în 1900. Este adeseori însoţită de anomalii de dezvoltare: oxicefalie, infantilism, brahidactilie, boltă palatină ogivală etc. Se caracterizează prin trei simptome fundamentale: anemie, icter şi splenomegalie. Hematiile au formă sferoidă (microsferocite), fiind mai uşor distruse în sistemul reticuloendotelial, ceea ce duce la anemie manifestă şi icter hemolitic. Materiile fecale sînt de culoare închisă, conţinînd o mare cantitate de stercobilină, în urină există o mare cantitate de urobilinogen şi urobilină. Splenomegalie foarte manifestă, îndeosebi în perioadele de crize hemolitice. În sîngele periferic se observă reticulocitoză, atingînd 40%, uneori normoblaşti şi hematii cu corpusculi Jolly, leucocitoză neînsemnată. În măduva osoasă se constată eritroblastoză crescută şi mărirea numărului de celule reticulare. Cauza imediată a hemolizei este necunoscută. Prognosticul *quoad vitam* este favorabil, cu condiţia tratării corespunzătoare.

Bibl. — GAENSSELN — *Dtsch. Arch. Klin. Med.*, 1922, 140, 210. (A.W.)

Chaussier, simptomul; durere acută epigastrică, semn premonitor al accesului de eclampsie, la gravide.

Bibl. — VOLKMANN H. — Medizinische Terminologie, München-Berlin, 1951. (A.W.)

Chaveny-Chaignot (1934), sindromul; survine în timpul crisoterapiei, după toate probabilităţile ca urmare a activizării unui virus neurotrop. Dureri vii, difuze, în special la extremităţi, cu hiperestezie cutanată, adeseori anxietate, transpiraţii abundente, tremurătură fibrilară generalizată, insomnie, scădere ponderală, stări de subfebrilitate. (A.W.)

Chevalier, boala; *hémiplégie sudorale Chevalier;* hemiplegie sudorală. Complex de simptome vegetative, sub forma de secreţie sudorală mărită, creşterea tempe-

Scanned with OKEN Scanner

raturii jumătăţii afectate a corpului, după care urmează scăderea temperaturii, edeme şi cianoză.

Bibl. — CHEVALIER P. E. — Teză, Paris, 1867. (A.W.)

Chevalier, boala; vezi di Guglielmo, boala. (A.W.)

Cheyne-Stokes, respiraţia; simptom de leziuni grave ale aparatului circulator. Este în funcţie de anemierea şi scăderea excitabilităţii centrului respirator. Apare în miocardită sau degenerescenţă miocardică, în arterioscleroză avansată, în sifilisul aortei, hipertensiunea arterială, nefroscleroză, în deosebi în cea uremică, în boli grave ale encefalului. Se manifestă cu respiraţie din ce în ce mai superficială şi mai rară în special în timpul adormirii, pînă la completa întrerupere a respiraţiei pentru o anumită perioadă. După această întrerupere respiraţia reapare, la început superficială şi rară, apoi, treptat, mai profundă şi mai deasă; cînd ajunge la maximum de profunzime şi frecvenţă, trece din nou, treptat, la o respiraţie superficială şi rară. (A.W.)

Chiari, sindromul; vezi sindromul Budd-Chiari. (A.W.)

Chiari-Frommel, complexul simptomatic; atrofia uterină post-partum prin alăptare îndelungată; atrofia uterină de lactaţie; descrisă în 1882. Constă în atrofia uterului, absenţa menstrelor, dureri abdominale cu iradiere în extremităţi şi lombe, stare generală alterată, insomnie. Vindecarea este posibilă; amenoreea se prelungeşte de obicei mult timp. Depinde de tulburarea funcţiei ovarelor, în legătură cu care, în cazurile mai grave, se produce atrofia miometrului.

Bibl. — FROMMEL R. — *Ztschr. Geburtsh.*, 1882, 7, 305. (D.B.)

Chiffonier, boala; denumire, neutilizată, a antraxului. (A.W.)

Chilaiditi, complexul simptomatic; *interpositio hepatodiaphragmatica; subphrenic displacement of the colon;* descris în 1911. Constă în situarea anormală a unghiului hepatic al colonului, între ficat şi diafragm. Sînt considerate drept cauze posibile: o anomalie congenitală sau lipsa ligamentelor hepatice, îndeosebi a celui falciform, tulburări ale funcţiei diafragmatice (paralizie), creşterea presiunii intraabdominale.

Bibl. — GROB M. — Lehrbuch der Kinderchirurgie, 1957. (A.W.)

Chiray-Roger, simptomul; în caz de leziune radiculară a nervului sciatic (S_1), bolnavul nu se poate susţine pe degete şi se lasă pe călcîi, de partea bolnavă. (A.W.)

Chodźko (1936), reflexul; contracţia fiziologică a muşchilor extremităţilor superioare, care apare bilateral, simetric, după lovirea cu ciocanul de reflexe a manubriului sternal. (A.W.)

Chomel, boala; acrodinia infantilă; vezi boala Feer. (A.W.)

Chrebak, simptomul; în caz de cancer al colului uterin, sonda pătrunde cu mare uşurinţă în profunzimea leziunii tumorale.

Christian-Schüller, boala; vezi Hand-Schüller-Christian, boala. (A.W.)

Bibl. — DODERLEIN G., MESTWERDT G. — Geburtshilflich — gynäkologische Untersuchungslehre, Leipzig, 1950. (A.W.)

Chvostek, simptomul; constă din apariţia contracţiei muşchilor faciali, ca răspuns la lovitura cu ciocanul de reflexe, pe trunchiul nervului facial, deasupra articulaţiei mandibulare, înaintea conductului auditiv extern. În funcţie de regiunea de iradiere a contracţiei se deosebesc 3 tipuri ale acestui simptom: 1) Chvostek I — contracţia sau contracţii spastice ale tuturor muşchilor inervaţi de nervul facial; 2) Chvostek II — contracţia cuprinde muşchii buzelor, lîngă comisură şi între aceasta şi nas; 3) Chvostek III — contracţie numai comisurală. Simptomul acesta este o dovadă a hiperexcitabilităţii neuromusculare. Se observă în tetanie. (A.W.)

Cilenov (1925)-**Mac Carthy** (1929), reflexul; reflex vertebroadductor, în leziuni ale căilor piramidale. Constă din contracţia adductorilor coapsei, în caz de percuţie a vertebrelor lombare, bolnavul fiind în poziţie şezîndă. (A.W.)

Citelli, sindromul; întîrziere în dezvoltarea psihică, imposibilitatea de a se concentra, insomnie sau somnolenţă excesivă, care apar la persoanele cu hipertrofie a ţesutului limfatic nazofaringian sau care prezintă sinuzită maxilară. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Civatte, boala; *poikilodermia reticularis pigmentosa;* atrofia reticulară pigmentară; descrisă în 1922. Ca factori etiologici se consideră, în primul rînd, tulburările endocrine. Clinic seamănă cu melanoza Riehl (vezi), cu prezenţa de telangiectazii şi o atrofie mai accentuată a pielii.

Bibl. — JABONSKA S. — *Przegl. Derm.*, 1949, 36, 45. (A.W.)

Civatte, fibromul în pastilă; vezi *fibrosis nodularis subepidermalis Michelson.* (A.W.)

Claude, simptomul hiperkinetic. Constă în apariţia de mişcări automate ale extremităţilor lezate, consecutive acţiunii excitantului patologic. (D.B.)

Claude (1912), sindromul nucleului roşu: leziunea nervilor din perechile a III-a şi a IV-a, de partea focarului patologic, cu hemiasinergie, hemiataxie şi dismetrie de partea opusă, fără paralizii şi tulburări de sensibilitate. (D.B.)

Claude-Gougerot, sindromul; senilitate precoce pluriglandulară *(senilitas praecox pluriglandularis).* Este îmbătrînirea prematură datorită atrofiei glandelor cu secreţie internă; afectează ambele sexe. Simptome: pielea uscată, ridată, căderea prematură a dinţilor, atrofia funcţiei sexuale, deficienţă somatică şi psihică. (D.B.)

Clement, boala; vezi Silbverskiöld, boala. (D.B.)

Clerambault (de), simptomul; ecoul propriilor idei, care apare în multe boli psihotice.

Bibl. — BARUK H.: Précis de Psychiatrie, Paris, 1950. (D.B.)

Clerambault (de) (1935), sindromul; erotomania: erotism excesiv. Sindromul uneşte simptomele megalomaniei şi paranoiei cu simţul grandoare, iubire şi speranţă. Obsesiile sexuale, care cuprind unilateral gîndurile bolnavului în legătură cu persoana în cauză, comportamentul provocat de aceste obsesii şi ideea că partenerul nu poate fi fericit fără a-l vedea. Se disting trei stadii: de optimism (iubire), de pesimism (revoltă, duşmănie, învinuiri nefondate) şi de ură (agresivitate, scrisori anonime, ameninţări, scandaluri).

Bibl. — LACONTE M.: *Annal. Méd.*, 1958, 2, 209. (D.B.)

Cloquet, hernia, *hernia pectinea; hernia Cloqueti;* veritate rară de hernie crurală. Iese din cavitatea abdominală ca o adevărată hernie crurală, dar imediat lîngă pubis trece pe sub fascia pectinea şi se localizează pe muşchiul cu aceeaşi denumire. (D.B.)

Clouston (de), complexul simptomatic „al canadienilor francezi". Este o varietate a keratomului ereditar şi familial al palmelor şi plantelor, care constă în existenţa concomitentă a hipertricozei şi modificărilor unghiilor.

Bibl. — TOURAINE A.: L'Hérédité en Médecine, Paris, 1953. (D.B.)

Clutton, articulaţiile; hidartroza *(hydarthrosis).* Este un proces inflamator activ în articulaţia genunchiului, mai rar în aceea a cotului, în sifilisul congenital tardiv. În cavităţile articulare se adună lichid, producînd tumefierea nedureroasă a acestora, fără limitare a mişcărilor. Uneori se asociază o keratită parenchimatoasă.

Bibl. — DABROWSKI K., GACKOWSKI I., JAKUBOWSKI M.,: *Medycyna,* 1933, 763. (D.B.)

Coats, boala; forma exsudativă a retinitei externe *(retinitis exsudativa externa);* corio-retinita degenerativă *(chorioretinitis degenerativa)* Leber, descrisă în 1908. Se observă în special la bărbaţii tineri (pînă la 25 de ani), predominant unilateral. Simptomele esenţiale sînt: exsudat care ocupă treptat toată suprafaţa straturilor externe ale retinei, modificările vaselor retiniene (dilatarea şi sinuozitatea arterelor, anastomoze arterio-venoase, neoformaţii vasculare), hemoragii. Poate produce complicaţii grave (stratificarea retinei, glaucom secundar) şi, final, cecitate. Etiologia necunoscută; în prezent se presupune (în afara tuberculozei, sifilisului, infecţiei de focar), infecţia toxoplasmică, defecte de dezvoltare a unor ramuri ale vaselor retinei (arteriale şi venoase), tulburări endocrine.

Bibl. — MIRATYNSKA-ERNESTOWA: *Klinika Oczna,* 1949, 19, 419. (D.B.)

Coats, boala; retinita hemoragică externă *(retinitis haemorrhagica externa);* descrisă în 1908. Este o varietate a formei exsudative a bolii Coats (vezi aceasta), în care în locul exsudatului predomină hemoragiile.

Bibl. — COATS G.: *Graefes Arch.*, 1912, 81, 275. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Coats, celulele; celulele Leber; celulele fantomă *(ghostcells);* celulele spectrale *(spectral cells);* descrise în 1908. Sînt vezicule mici care conţin o picătură de grăsime apărute ca rezultat al proceselor degenerative în pigmentul epiteliului retinei. Se observă în inflamaţiile retinei. (D.B.)

Coats, inelele albe ale corneei *(white rings);* descrise în 1912. Sînt inele albe, rotunde sau ovale, cu diametrul de 0,5 mm, formate din mici pete albe. Uneori aceste pete se observă şi în interiorul inelului. Sînt diseminate la nivelul membranei Bowman. Sînt produse de depozitarea lipidelor. Pot să nu producă nici un simptom. Etiologia necunoscută; unii atribuie rol traumei, bolilor intraoculare; Coats sugerează că acèste modificări au caracter congenital.

Bibl. — PURTSCHER E.: *Graefes Arch.*, 1949, 149, 397. (D.B.)

Cobb (1915), sindromul; angiomatoza medulo-cutanată *(angiomatosis medullocutanea).* Prezenţa simultană de angiom medular şi cutanat. (D.B.)

Cogan, complexul simptomatic; keratita interstiţială nesifilitică (avasculară) cu simptome vestibuloauditive *(non syphilitic avascular interstitial keratitia with vestibuloauditory symptoms);* descris în 1945. Se observă în special la bărbaţii tineri. Se caracterizează prin keratită parenchimatoasă posterioară de tip granulos, de obicei bilaterală, care evoluează cu o intensitate care se modifică de la o zi la alta şi cu simptome vestibuloauditive, ca: ameţeli, greţuri, vărsături, nistagmus; se termină cu surditate şi cu ameliorarea simptomelor vestibulare. Pot exista remisiuni şi recidive. Vascularizaţia corneei poate să apară tardiv. Simptomul se observă în bolile de sistem (periarterita nodoasă, limfogranulomatoza cronică). Complexul simptomatic poate apărea şi ca o complicaţie a tratamentului oxiurazei cu acid ftalic sintetic — *Whipcide.*

Bibl. — FAIR J. R., LEVI G. A.: *Amer. Journ. Ophth.*, 1960, 49, 1017. (D.B.)

Cogan (1953), sindromul; apraxia oculomotorie *(apraxia oculo-motorica);* absenţa bilaterală a mişcărilor voluntare ale globilor oculari, cu păstrarea mişcărilor involuntare. Rotaţia laterală a capului produce rotaţia simultană, dar de partea opusă, a globilor oculari.

Bibl. — *Am. J. Ophtalm. (Chicago)*, 1953, 4, 432—441. (D.B.)

Cole-Rauschkolb-Toomey, complexul simptomatic; displazia ecto- şi mezodermală cu afectare osoasă *(ectodermal and mesodermal dysplasia with osseous involvement).* Constă în atrofia diseminată, în pete, pe gît şi trunchi, şi atrofia în zone, pe extremităţi, în tulburarea pigmentaţiei şi dilatarea vaselor, la care se asociază distrofia unghiilor şi dinţilor. În plus, absenţa halucelui şi primului metatarsian la piciorul stîng şi sindactilia ultimelor două degete de la mîna dreaptă.

Bibl. — COLE CH. N. şi colab.: *Arch. Derm. Syph.*, 1941, 44, 773. (D.B.)

Colles, fractura; fractura radiusului tipică prin localizare *(fractura raddi loco typica);* fractura Colles *(fractura Collesi);* fractura radiusului tipică sau clasică *(typische oder Klassische Radiusfraktur);* descrişă în 1914. Este fractura radiusului la 2 cm, de suprafaţa articulară. Se observă frecvent la adulţi, rar la copii. Fragmentul periferic se deplasează spre faţa dorsală a mîinii (dislocare în formă de „baionetă"). Se asociază frecvent fractura apofizei stiloide a radiusului.

Bibl. — BUNNEL S.: Surgery of the Hand, 1948. (D.B.)

Collet, simptomul; descris în 1929. Prin deschiderea şi închiderea rapidă a ochilor, fără efort, timp îndelungat, ochiul de partea paraliziei începe să se deschidă mai rapid şi mai larg. Este semnalul paraliziei periferice a muşchiului orbicular al ochiului. (D.B.)

Collet-Martigli-Hoffmann, sindromul: asociaţia sindromului Tapia cu sindromul Claude Bernard-Horner. Este produs de obicei printr-un proces care comprimă nervul sublingual şi lanţul simpatic cervical. (D.B.)

Collet-Sicard, complexul simptomatic; hemiplegia gloso-velo-palato-faringo-laringeană *(hemiplegia glosso-velo-palato-pharyngo-laryngea);* sindromul condilo-rupt posterior *(syndrome condylo-déchiré postérieur).* Se observă în special în cazurile de fractură a bazei craniului, cînd linia

Scanned with OKEN Scanner

de fractură trece prin fereastra condiloidă *(foramen condiloideum)* şi fereastra ruptă *(foramen lacerum)*, ceea ce duce la paralizia nervilor din perechile craniene a IX-a—a XII-a. Cauza frecventă a acestui complex simptomatic este o proliferare tumorală care invadează regiunea bazei craniului.

Bibl. — COLLET, REBATTRE: *Arch. Intern. Otorhinolaring.*, 1922, 28, 361, K. (D.B.)

Collier, paralizia; descrisă în 1921. Se caracterizează prin inflamaţia rapid regresivă a periostului fantei clinoide, care produce pareza nervului oculomotor, frecvent anestezia trigemenului şi nevralgie (asemănătoare celei din paralizia nervului facial Bell). Se poate dezvolta ca rezultat al răcelii sau extinderii unui proces inflamator din sinusurile suplimentare.

Bibl. — COLLIER: *Proc. Royal Soc. Med. (Sect. Neurol. Ophthalm.)* 1921, 14, 10. (D.B.)

Collier-Wilson, reacţia; vezi Oppenheim, boala. (D.B.)

Comby, simptomul; vezi Koplik, petele. (D.B.)

Comél, complexul simptomatic; ihtioza lineară circumflexă *(ichtyosis linearis circumflexa)*. Constă în apariţia, la copiii mici, de focare lineare sau rotunjite de hiperkeratoză, înconjurate de un chenar roşu. Focarele au tendinţa la creşterea periferică; în centrul focarului modificările dispar, dar după cîtăva vreme apar noi focare asemănătoare celor precedente. Etiologia şi patogenia nu sînt cunoscute.

Bibl. — COMÉL: *Dermatologica*, 1949, 98, 133. (D.B.)

Comly, boala; methemoglobinemia apei de băut *(well water methemoglobinemia)*; methemoglobinemia apei de cisternă *(Zisternenwasser Methämoglobinämie)*. Descrisă în 1945. Este methemoglobinemia acută sau cronică a nou-născuţilor, a căror alimentaţie se prepară cu apă păstrată în rezervoare care conţin nitriţi şi nitraţi. Se caracterizează prin cianoză cenuşie, diaree şi methemoglobinemie de intensitate variată. Se observă în special în America.

Bibl. COMLY H. H.: *J.A.M.A.*, 1945, 129, 112. (D.B.)

Conn, sindromul; aldosteronismul primar *(aldosteronismus primarius)*. Primele observaţii au fost descrise de E. B. Early în 1951, de Corcoran în 1953, de Maler şi Iseri în 1954. În 1955, Conn a stabilit cauza sindromului: excreţie excesivă de aldosteron de către corticosuprarenală. Simptome: hipotonie musculară în pusee, de o durată de cîteva ore pînă la 10—15 zile, poliurie, urină cu reacţie alcalină şi greutate specifică scăzută, pierderea capacităţii de concentraţie renală, hipertensiune arterială, absenţa edemelor, uneori tetanie. În sînge, nivelul potasiului este scăzut, iar conţinutul de alcaline, uneori de sodiu, este crescut. În urină se găseşte o cantitate mare de aldosteron şi potasiu. Electrocardiograma arată semnele de hiperkaliemie. Extirparea tumorii sau suprarenalei hipertrofiate duce la vindecare.

Bibl. — BRÜHL W.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1958, 13, 861. (D.B.)

Conor-Bruch, boala; ixodorickettsioza marsiliană sau papuloasă *(ixodorickettsiosis marseliensis s. pappulosa)*; febra butonoasă; febra eruptivă specială Carducci; descrisă în 1910. Agentul patogen este *Rickettsia conori*, care se transmite prin căpuşa cînelui — *Rhipicephalus sanguineus*; aceasta din urmă reprezintă şi rezervorul agentului patogen. După o perioadă de incubaţie de 5—7 zile, boala începe brusc, cu frisoane, cefalee rebelă, artralgii şi mialgii. Febra durează în medie 10—15 zile, apoi scade litic. La locul de înţepătură a căpuşei, apare prima modificare, sub forma unui infiltrat acoperit de o crustă neagră. În ziua a 3-a de boală apare erupţia rozeolo-veziculară pe întreg corpul. Evoluţia bolii este mai frecvent uşoară şi fără complicaţii. (D.B.)

Conrad-Huenermann, complexul simptomatic; condrodisplazia congenitală calcifiantă *(chondrodysplasia congenita calcificans)*; condroangiopatia calcară sau punctată *(chondroangiopathia calcarea seu punctata)*; displazia epifizară punctată *(dysplasia epiphysalis punctata)*; condrodistrofia calcară *(chondrodystrophia calcarea)*; a fost descrisă în 1914. Constă în scurtarea discretă a oaselor extremităţilor, apariţia de numeroşi pinteni la nivelul cartilajelor epifizare, datorită cărora se poate ajunge pînă la limitarea mişcărilor în articulaţie. Cel mai frecvent afectate

Scanned with OKEN Scanner

sînt femurul şi humerusul. Se asociază şi alte defecte (cataractă congenitală, malformaţii cardiace congenitale, nas în formă de şa, picior val sau valg). Etiopatogenia: este vorba de o displazie cartilaginoasă congenitală, rară, cu tulburări ale metabolismului calciului la nivelul scheletului.

Bibl. — WINKEL L., DUFFY G.: *J.B.J.S.*, 1947, 29, 509. (D.B.)

Cook-Apert-Gallaise, sindromul; sindromul adrenogenital *(syndrom adregenitale Cooki, Aperti et Gallaisi);* interrenalismul Mathias. Reprezintă hipertrofia congenitală sau dobîndită a corticosuprarenalei, cu producere excesivă de hormoni genitali (androgeni). Poate să apară ca rezultat al secreţiei excesive, de către hipofiză, a ACTH, cu hipertrofia secundară a corticalei suprarenale sau, mai rar, pe fondul unei tumori suprarenale. Tabloul clinic depinde de vîrsta la care apar modificările suprarenalelor şi de sexul bolnavului. Se observă predominant la sexul feminin. Dezvoltarea bolii în perioada prenatală duce la apariţia semnelor de pseudohermafroditism; în copilărie la maturare sexuală prematură; la adult sau în perioada climacteriului, la virilism sau feminism. (D.B.)

Cooley, boala; *thalassaemia major;* anemia eritroblastică primară *(primary erythroblastic anemia);* boala mediteraneeană *(mediteranean disease);* hemosteopatia *(hémostéopathie)* Cooley; anemia eritremică *(anémie érythrémique);* anemia mediteraneeană; anemia eritroblastică *(Erythroblastenanämie);* anemia familială cronică *(chronische familiäle Anämie);* descrisă în 1925. Este o boală rară, cu debut insidios, care se observă aproape exclusiv la copiii care trăiesc pe ţărmul mării Mediterane. Pielea este palidă, cu pigmentare brună în jurul ochilor, la limita pielei păroase a capului şi pe faţa dorsală a mîinilor. Talia este mică; oasele sînt spongioase şi porotice; oasele frontale şi malare sînt proeminente. Există hepatosplenomegalie importantă. Anemie hemolitică intensă cu eritroblastemie, microcitoză, reticulocitoză şi leucocitoză. Nivelul bilirubinei din serul sanguin este crescut. Evoluţia este nefavorabilă, prognosticul grav.

Bibl. — COOLEY T. H., LEE P.: *Transact. Am. Pediatr. Soc.*, 1925, 37, 29. (D.B.)

Cooper, complexul simptomatic; mastodinia; nevralgia mamară *(neuralgia mammalis);* forma nevralgică a durerilor la nivelul glandelor mamare, fără modificări anatomice; descris în 1829. Este durerea intensă uni- sau bilaterală, a glandelor mamare, fără modificări locale, în special la femeile tinere nevrotice, la fetiţe înaintea perioadei maturării sexuale sau chiar la bărbaţi. Etiologia necunoscută, probabil asemănătoare aceleia a nevralgiei intercostale.

Bibl. — COOPER A. Illustrations of the diseases of the Breast, Londra, 1829. (D.B.)

Cooper-Astley, hernia; hernia în bisac *(hernia en bissac);* hernia crurală cu sac herniar bilocular. Este o formă rară de hernie crurală, în care sacul este împărţit în două părţi: una subcutanată, la nivelul fasciei subcutanate, şi o alta care trece prin fascia cribriformă. (D.B.)

Coppock, cataracta (descrisă în familia John Coppock, de unde şi denumirea, în 1774, în localitatea Milton, Oxfordshire; semnalată în 1906 de Nettleship şi Ogilvie); cataracta discoidă *(discoid cataract)* Priestley Smith (1910); cataracta zonulară pulverulentă *(cataracta zonularis pulverulenta)* Poos (1926); cataracta centrală pulverulentă *(cataracta centralis pulverulenta)* Vogt (1921). Se caracterizează printr-o opacifiere centrală neprogresivă a cristalinului, cu diametru de 1—2,5 mm, formată din puncte albe mici (pînă la 20, iar în centru pînă la 50), care pot fi înconjurate de un contur strălucitor. Sînt afectaţi de obicei ambii ochi. Uneori aceste opacifieri se găsesc mai spre periferie, dar întotdeauna în cristalin. În cazurile discrete acuitatea vizuală rămîne intactă, dar în cele mai exprimate poate diminua pînă la 0,5 şi chiar 0,4; este mai bună în lumina întunecată (dilatarea pupilei). Este o boală congenitală care apare în cursul primelor 3 luni de viaţă intrauterină, în orice caz înainte de 6 luni. Etiologia necunoscută.

Bibl. — MANN I.: Developmental abnormalities of the eye, Londra, 1957. (D.B.)

Corrigan, sindromul; sindromul Hodgkin-Corrigan; boala Corrigan *(maladie de Corrigan).* Este denumirea introdusă de Trousseau, în prima jumătate a secolului al XIX-lea, pentru insuficienţa postreu-

Scanned with OKEN Scanner

matică a valvulelor semilunare ale aortei; în prezent a ieşit aproape complet din uz. (D.B.)

Corvisart, sindromul; poziţia mai înaltă spre dreapta a aortei. Se observă în tetralogia Fallot. Unii autori utilizează această denumire în legătură cu sindromul Fallot. (D.B.)

Cossio, sindromul; sindromul Cossio-Gonzales-*Sabathie*-Berconsky-*Vedoya;* sindromul posttahicardic *(syndrome posttachycardique);* sindromul electrocardiografic posttahicardie *(elektrokardiographisches Posttachykardie-Syndrom).* Semnul caracteristic este ştergerea rapidă a anomaliilor undei T (aplatizare, T negativ, lărgire), cu configuraţia normală a QRS, imediat după sistarea unei tahicardii mai prelungite. Se observă mai frecvent după tahicardia ventriculară, mai rar după cea supraventriculară. (D.B.)

Cossio, sindromul; malformaţie cardiacă congenitală complexă: asociaţia dilatării arterei pulmonare cu defect septal interatrial; se însoţeşte de cianoză.

Costa (da), sindromul; astenie neurocirculatorie *(asthenia neurocirculatoria, neurozirkulatorische Asthenie);* cord iritabil *(irritable heart);* cordul soldaţilor *(soldiers heart);* sindromul de hiperventilaţie *(Hyperventilations-Syndrom);* acţiune cardiacă tulburată *(disordered action of the heart* — D.A.H.); tulburarea reglării hipotalamo-organice; a fost descris în 1871. Se încadrează în nevrozele cardiovasculare cu simptome simultane din partea inimii, vaselor şi activităţii respiratoare. Produce durere în regiunea precordială, palpitaţii intense, accelerarea importantă a pulsului şi respiraţiei, chiar la eforturi mici sau la emoţii, frecvent senzaţia de asfixie, somnolenţă, ameţeli, transpiraţii accentuate, stări anxioase, de obicei noaptea. La examenul obiectiv se constată: excitabilitatea cardio-vasculară mult crescută, tendinţa la hiperventilaţie, accelerarea pulsului — permanent peste 100—120 pulsaţii pe minut —, frecvent sufluri cardiace; tensiunea arterială este deseori crescută pînă la 150—190 mm. Hg.; hiperreflexie tendinoasă. Cauza neelucidată. La apariţia sindromului contribuie suprasolicitarea sistemului nervos (conflictele psihice). Se observă la tineri, uneori chiar la copii. Se disting două forme: acută şi cronică. Prognosticul *quoad vitam* este favorabil, *quoad sanationem* — îndoielnic.

Bibl. — SCHERF D., BOYD L. J.: Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gefäßerkrankungen, Viena, 1955. (D.B.)

Costellani, *keratodermia plantaris sulcata;* vezi Mantoux, *parakératose papillomateuse.* (D.B.)

Costen, complexul simptomatic; artralgia mandibulară *(arthralgia mandibularis);* nevralgia articulaţiei mandibulare *(mandibular joint neuralgy);* artralgia articulaţiei mandibulare *(Kiefergelenkarthralgie);* descris în 1934. Constă în apariţia de dureri la nivelul articulaţiei mandibulare, ca rezultat al unei joncţiuni anormale. Durerile au caracter de nevralgie a nervilor cranieni, mişcările în articulaţie sînt limitate, apar tulburări de auz şi chiar ameţeli. Cauza poate să fie o proteză prost aplicată sau o joncţiune anormală.

Bibl. — GOODFRIEND S.: *Dent. Cosmos,* 1936, 78, 1 292. (D.B.)

Cosyns-Duret (1955), sindromul; patomimia automutilantă *(pathomimie automutilante).* Varietate a mitomaniei. Este un sindrom psihopatologic: bolnavii se automutilează pentru a fi obiectul interesului celor din jur, fără a avea nici un avantaj personal.

Bibl. — *Act. Neur. Psych. Belg.,* 1955, 55, 5. (D.B.)

Cotard-Séglas, sindromul: negativism, ideea eronată de sistare a funcţiei organelor proprii. Sindromul este frecvent legat de psihoza depresivă. (D.B.)

Cotton, fractura; fractura tuberozităţii interne a tibiei şi a marginii posterioare a suprafeţei articulare a acesteia, cu fractura simultană a peroneului. (D.B.)

Cotunnius (Cotugno) (1764), boala; boala Cotunnius *(morbus Cotunni);* descrisă de Domenico Cotunnius din Neapole, sub denumirea de sciatica posterioară *(ischias postica);* reprezintă numele istoric al sciaticei cu simptomatologie variată şi etiopatogenie diferită. Între simptomele care arată o leziune a nervului sciatic sînt incluse: simptomele Barré, Bechterew,

Scanned with OKEN Scanner

Déjerine, Fajerstajn-Krzemicki, Kalitowski, Larreix, Lasègue, Liebesny, Naffziger, Neri, Oppenheim, Ozzechowski, Puusepp, Roccavill, Rosé, Turyn, Valleix, Wexler şi alţii. (D.B.)

Couillard, simptomul; în ascaridioză: hiperemia şi edematierea papilelor linguale. (D.B.)

Courtois, simptomul. Pentru evidenţierea lui se aşază bolnavul, aflat în stare comatoasă, în decubit dorsal şi i se flectează înainte capul; aceasta produce flexie în articulaţiile coxo-femurală şi a genunchiului de partea localizării focarului care a produs starea comatoasă. (D.B.)

Couvelaire, complexul simptomatic; apoplexia utero-placentară *(apoplexia uteroplacentaris, apoplexie utéro-placentaire);* forma gravă a detaşării premature a placentei normal situate. I se asociază leziuni grave ale sistemului vascular, care duc la apariţia de numeroase hemoragii nu numai în muşchiul uterin şi organele genitale, dar şi în afara acestora, probabil de origine toxică.

Bibl. — SEITZ L., AMREICH A.: Biologie und Pathologie des Weibes, T. III, Berlin, 1951. (D.B.)

Cowen, simptomul: reacţia vibratorie a pupilelor în momentul examinării reacţiei de simpatie. Are importanţă diagnostică redusă. Se observă în boala Basedow. (D.B.)

Crafts (1919), reflexul: extensia halucelui prin excitaţia zonei dinapoia maleolei externe; vezi Babinski, reflexul. (D.B.)

Crichton-Browne, simptomul: tremurătura unghiurilor externe ale fantei palpebrale şi pleoapelor, în stadiul precoce al paraliziei progresive. (D.B.)

Critchley, sindromul; muzicolepsia *(musicolepsia);* varietate a epilepsiei reflexe. În cazul acesta factorul epileptogen este un excitant auditiv — melodie sau zgomot — care, probabil, produce o stare afectivă-emoţională; aceasta, împreună cu tulburările neurologice asociate, este cauza apariţiei aurei epileptice, a crizei de *petit mal* sau a crizei generalizate. (D.B.)

Crocker, dermatita bruscă *(dermatitis repens);* descrisă în 1888. Prin evoluţia sa clinică, boala este asemănătoare cu dermatita pustuloasă. În etiologie importanţă deosebită are infecţia cu stafilococ alb sau auriu, precum şi infecţia endogenă; evoluţia este cronică, recidivantă.

Bibl. — BARKER, EURE: *Brit. Jour. Derm. Syph.*, 1927, 39, 485. (D.B.)

Crocker, larva migratoare *(larva migrans); hyponoderma Kaposy;* dermamiaza lineară migratoare de tăun *(dermamyasis linearis migrans oestrosa)* Kumberg; erupţia serpiginoasă *(creeping eruption)* Li; descrisă în 1874. Cel mai adesea este produsă de larva tăunului de cal *(Gastrophilus equi),* dacă aceasta vine în contact cu pielea (mai frecvent la copii) şi îi distruge integritatea. Se constituie o leziune lineară, în formă de zig-zag, cu lungime uneori mai mare de un metru; larva se găseşte la capătul orb al acestui traiect, amintind o papulă. Localizarea cea mai frecventă este la nivelul extremităţilor inferioare, mai rar în alte regiuni cutanate.

Bibl. — WASNIEWSKI N.: *Przegl. Dermat.*, 1938, 53, 406. (D.B.)

Crocker, *lichen variegatus;* vezi Brocq, boala *parapsoriasis lichenoides.* (D.B.)

Crocker-Mikulicz-Kuemmel, complexul simptomatic; cheilita exfoliativă *(cheilitis exfoliativa)* Brocq; descuamaţia persistentă a buzei *(la desquamation persistante de la lèvre);* cheilita descuamativă a buzelor *(cheilitis desquamativa labiorum);* pitiriazisul buzelor *(pityriasis labiorum);* descris în 1912. Etiologie necunoscută. Este inflamaţia cronică a buzei inferioare în special, cu uscăciunea acesteia, edem, fisuri, descuamaţie permanentă, precum şi durere importantă în timpul alimentaţiei. Sînt afectaţi în special bărbaţii de vîrstă mijlocie. Este posibilă dezvoltarea carcinomului labial. (D.B.)

Crocker-Williams, complexul simptomatic: eritemul proeminent durabil *(erythema elevatum diutinum);* descris în 1894. Etiologie necunoscută. Tabloul histologic (Veidman şi Besançon) indică mai curînd o origine alergică; în prezent se consideră că aparţine grupului granulomului eozinofil (Lever). Varietăţile bolii (tipul Behr şi tipul Hutchinson) sînt mai curînd două stadii ale bolii. Constă în plăci proeminente, infiltrate la bază, de culoare albastră roşie, care se extind periferic, loca-

Scanned with OKEN Scanner

lizate în special pe faţa dorsală a mîinilor, picioarelor, genunchi, coate şi fese.

Bibl. — DEGOS, PERIN L., LORTAT, JACOB E., HEWITT J.; Bull. Soc. Franc. Dermat. Syph., 1952, 59, 226.

Crohn, complexul simptomatic; ileita regională *(ileitis regionalis);* ileita terminală *(ileitis terminalis);* enterita interstiţială ulceroasă cronică sau flegmonoasă *(enteritis interstitialis ulcerosa chronica vel phlegmonosa);* descris de Crohn, Gingsburg şi Oppenheimer, în 1932. Este inflamaţia cronică a segmentului distal al intestinului subţire. Peretele intestinal este îngroşat, infiltrat, aderent de ansele intestinale vecine. Limfoganglionii regionali sînt hipertrofiaţi. Simptome: dureri în regiunea cecală, spasme intestinale, diaree alternînd cu constipaţie, uneori prezenţa de mucus şi puroi în materiile fecale, anemie, ascensiune termică, accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor, cîteodată simptome de ocluzie intestinală. La palpare se poate decela o formaţiune tumorală în regiunea ileocecală. Cauza necunoscută.

Bibl. — ZEITEL L. *Amer. Journ. Gastroenterol.*, 1958, 29, 290. (D.B.)

Crolle, simptomul; în sciatică. Calviţie excesivă, mai rar căderea părului de pe pielea extremităţii bolnave; se observă în cazurile de tulburări vasomotorii. (D.B.)

Crooke-Apert-Gallaie, sindromul; vezi Icenko-Cushing, sindromul. (D.B.)

Crookshank, sindromul: degetele mîinii (în afară de police) dispuse în formă de furcă (un pliu palmar). Se observă la subiecţii cu defecte de dezvoltare, idioţi, oligofreni. (D.B.)

Crouson, boala; disostoza craniofacială ereditară *(dysostosis craniofacialis hereditaria);* descrisă în 1912. Tabloul clinic cuprinde: deformaţia craniului (craniu scurt şi înalt, lărgit în regiunea frontotemporală, bose frontale), deformaţia masivului facial (incompleta dezvoltare şi retrognatismul maxilarului superior, prognatismul mandibulei), simptome oculare (hipertelorism, exoftalmie, strabism divergent, uneori globi oculari ieşiţi din orbite consecutiv deformării acestora, papilă de stază, atrofia nervilor optici datorită strîmtării canalelor optice, inconstant-nistagmus), simptome auriculare frecvente (surditatea urechii medii datorită deformării osişoarelor, uneori şi a canalului auditiv extern), simptome neurologice (hidrocefalie, epilepsie, debilitate mintală şi altele). Se poate asocia cu acrocefalia Apert (vezi aceasta). Etiologie neelucidată.

Bibl. — CHWIROT R.: *Klinika Oczna*, 1959, 29, 305. (D.B.)

Cruchet, boala; vezi Economo, boala. (D.B.)

Cruchet, simptomul; vezi Foix-Chavany-Hillemand, sindromul. (D.B.)

Cruchet-Verger (1925), simptomul; încetinirea mişcărilor, bradikinezia, tipică pentru bolile sistemului extrapiramidal. (D.B.)

Cruveilhier-Baumgarten, boala; descrisă de Pégot; denumirea a fost introdusă de Hangenutz, în 1922. Reprezintă absenţa obliterării venei ombilicale şi incompleta dezvoltare a sistemului venei porte. Produce la adolescenţi dilatarea venelor superficiale ale tegumentelor abdominale, suflu vascular intens deasupra venelor ectaziate, la nivelul ombilicului, splenomegalie, anemie. Uneori duce la ciroză hepatică.

Bibl. — BARNESCHI: *Minerva Med.*, 1947, 485. (D.B.)

Cruveilhier-Baumgarten, sindromul; ciroza hepatică Cruveilhier-Baumgarten. Spre diferenţă de boala Cruveilhier-Baumgarten, acest sindrom este dobîndit. Primară este ciroza atrofică a ficatului cu hipertensiune portală importantă. Caracterul esenţial al sindromului este dilatarea excesivă secundară a venei ombilicale şi formarea de colaterale întinse, care drenează sîngele din vena portă. La nivelul venelor puternic ectaziate ale tegumentelor abdominale se aude un suflu. (D.B.)

Csillag, dermatita lichenoidă cronică şi atrofică *(dermatitis lichenoides chronica et atrophicans);* vezi Gallopeau, complexul simptomatic — *lichen planus sclerosus et atrophicus.* (D.B.)

Curschmann - Batten - Steinert (1906), boala; miotonia atrofică *(myotonia atrophica);* distonia miotonică. Este o boală ereditar-familială cu un complex simptomatic amiotrofic, miotonic şi endocrin. Atrofia musculară interesează în primul rînd muşchii feţei (faţa miopatică), apoi

Scanned with OKEN Scanner

mușchii sterno-cleido-mastoidieni, extensorii antebrațului și mîinii și mușchii peronieri. Se constată: bradicardie, hipotonie, dilatarea inimii, dedublarea primului zgomot, suflu sistolic la vîrf, tulburarea frecventă a conducerii vestibulare; coexistă atrofia glandelor genitale, cataractă prematură, calviție — de obicei a regiunii frontale —, frecvent caşexie foarte exprimată și diminuarea metabolismului bazal; în plus simptome de întîrziere în dezvoltarea psihică cu tulburarea eticei și afectivității. Evoluția bolii este lent progresivă. Etiopatogenie necunoscută; la bază stau factori miogeni, endocrini și neurogeni. (D.B.)

Curtius, complexul simptomatic; nevroza vasculo-cardiacă pe fondul hipofuncției glandelor genitale; disfuncția pluriglandulară dureroasă *(dysfunctio pluriglandularis dolorosa);* acrocianoza juvenilă *(acrocyanosis juvenilis);* tulburare vasomotorie constituțională cu hipofuncția ovarelor și constipație cronică; descris în 1952. Constă în: a) simptome vasculare — mîini și picioare reci, acrocianoză, eritem fugace *(erythema fugax)* și tegumente marmorate, parestezii ale extremităților, stări de obnubilare, cefalee, angină pectorală vasomotorie *(angina pectoris vasomotorica),* disbazie angiospastică *(dysbasia angiospastica);* b) hipofuncția ovarelor — amenoree, hipermenoree, dismenoree, maturare prematură sau tardivă, neregularitatea ciclului menstrual, leucoree, hipogenitalism; c) constipații cronice, dezechilibru psihic. Etiologia necunoscută. Probabil este o tulburare de corelație în sistemul creier intermediar-hipofiză.

Bibl. — CURTIUS F., KRUGER K. H.: Das vegetativ-endokrine Syndrom der Frau, München, 1952. (D.B.)

Curling, ulcerul; boala ulceroasă a stomacului și duodenului, care apare ca o complicație a arsurilor cutanate grave; descris în 1843. Se observă la femei și copii mai frecvent decît la bărbați. Uneori produce hemoragii grave sau perforație în cavitatea abdominală.

Bibl. — CYGAN T.: *Pol. Przegl. Chir.,* 1953, 25, 563. (D.B.)

Cushing, boala; tumoarea bazofilă a lobului anterior al hipofizei; vezi Itenko-Cushing, boală. (D.B.)

Cushing, sindromul; hiperfuncția cortexului suprarenalelor; vezi Itenko-Cushing, sindromul. (D.B.)

D

Daae, boala; boala Bornholm; vezi Sylvest, boala. (D.B.)

Daae-Finsen, boala; vezi Sylvest, boala. (D.B.)

Dalén-Fuchs, tuberculii; petele Dalén; descriși de acesta în 1904 și de Fuchs în 1905. Tuberculii, dispuși pe fața internă a membranei vasculare a ochiului (constau din limfocite și celule epiteliale), provin din epiteliul pigmentar al retinei și ridică acest epiteliu. În prezent sînt priviți ca formațiuni care reprezintă simptom de degenerescență, care apare într-un proces inflamator cronic de lungă durată.

Bibl. — KAPUSCINSKI W. I.: Zapalenie wspolczulne oka, Varșovia, 1955. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Dalrymple, simptomul; descris în 1852. Se caracterizează prin fantă palpebrală dilatată, care duce la descoperirea sclerei deasupra marginii superioare a corneei (limbul). Poate da impresia unei exoftalmii. Examinarea bolnavului din profil evită confuzia. Se observă în boala Basedow, în leziunile căilor de conducere a mușchiului, care ridică pleoapa superioară, precum și în isterie.

Bibl. — ORZECHOWSKI K.: *Klin. oczna*, 1934, 12, 427. (D.B.)

Dalrymple, simptomul; vezi Parinaud, simptomul. (D.B.)

Dalsace-Netter-Musset, complexul simptomatic; aderențele intrauterine din tuberculoza mucoasei corpului uterin (vezi Ascherman, complexul simptomatic). Absența primitivă a menstrelor, rezistența la tratament, sterilitate primitivă. Histerografia arată aderențele intrauterine. Uneori există oligomenoree sau amenoree secundară, tabloul endometritei tuberculoase. Tratament specific.

Bibl. — DALSACE J., MUSSET R., NETTER A.: *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obstet. langue Franç.*, 1957, 9, 4 bis, 483. (D.B.)

Damoiseau, linia; simptom observat în pleurezia exsudativă; vezi Ellis-Damoiseau, linia. (D.B.)

Dana, reflexul; reflexul maxilarului *(jaw reflex);* reflexul mușchilor masticatori, produs prin percuția bărbiei. În leziunile bulbare bilaterale, în locul deschiderii fiziologice a gurii poate să apară clonusul maxilarului inferior. (D.B.)

Danbolt-Closs, complexul simptomatic; complexul simptomatic Brandt; acrodermatita enteropatică *(acrodermatitis enteropathica);* acrodermatita buloasă *(acrodermatitis bullosa);* descris în 1942. Prezența levurilor micotice în focarele cutanate, în unghii, materii fecale este considerată ca o complicație. Unii autori afirmă că această boală este o varietate a epidermolizei buloase ereditare distrofice *(epidermolysis bulosa hereditaria dystrophica)* Wende. Apare la copii imediat după naștere sau în primii ani de viață. Se manifestă prin modificări cutanate cu caracter bulos sau eritemato-exsudativ la nivelul orificiilor naturale sau al segmentelor periferice ale extremităților, supuse traumatismelor mecanice. Se asociază tulburări gastro-intestinale (diaree) de origine necunoscută, precum și calviție sau căderea părului de pe cap, blefarită. Acrodermatita buloasă este varietatea abortivă fără tulburări intestinale. S-au descris cazuri și la adulți.

Bibl. — PIPER L.: *Arch. Derm.*, 1957, 76, 221. (D.B.)

Danforth, simptomul: durere la nivelul articulației umărului în timpul inspirației, în ruptura unei sarcini extrauterine. (D.B.)

Dangenan, boala; vezi Sylvest, boala. (D.B.)

Danielopolu, simptomul; descris în 1919. Constă în apariția de modificări vasculare profunde, cu gangrenă predominant la nivelul extremităților inferioare, amputația cărora este deseori indispensabilă. În patogenie joacă rol, — pe lîngă granuloamele Frenkel — și starea spastică a vaselor. (D.B.)

Danielsen-Boeck, boala; boala Danielsen; lepra tuberculoanestezică *(lepra tuberculoanestetica);* lepra sistemului nervos; descrisă în 1847. Această denumire nu se mai utilizează în prezent. (D.B.)

Danielus, simptomul; dansul hilar (Hilustanz): pulsația accelerată a hilurilor pulmonare la examenul radiologic. Se observă de exemplu în persistența canalului Botall, în complexul Eisenmenger în sindromul Lutembacher, în sindromul Taussig-Bing, în sindromul cardio-pulmonar cronic. (D.B.)

Darier, angioamele; punctul rubiniu *(pointe rubis);* angiomul senil *(angioma senile).* Apar după 30—40 de ani, mai frecvent pe trunchi, mai rar pe extremități, la început punctiforme, iar mai tîrziu sub forma cîtorva papule proeminente roșii-rubinii. Pot dispărea spontan. Frecvent se semnalează prezența concomitentă a cancerului.

Bibl. — GRACIANSKY, BOULLE: Atlas de dermatologie, 1954. (D.B.)

Darier, boala; diskeratoza foliculară *(dyskeratosis follicularis).* Darier a descris boala în 1889, sub denumirea de psorospermoza foliculară vegetantă *(psorospermosis follicularis vegetans),* sugerînd originea infecțioasă (agentul psorospermia). Apoi, deși nu a exclus etiologia infecțioasă, a legat dezvoltarea bolii de tulbura-

Scanned with OKEN Scanner

rea cornificării epidermului, de unde şi denumirea de diskeratoza foliculară. Prezenţa concomitentă a unor modificări ale sistemului nervos (întîrzierea dezvoltării intelectuale, tulburări psihice etc.), a sugerat existenţa de tulburări ectodermale (genodermatoza ectodermală — *ectodermala genodermatosa* — Touraine). În prezent domină concepţia că la originea bolii se află tulburarea metabolismului vitaminei A. Din papulele epidermice solitare se formează zone întinse, proeminente, uneori tuberoase, de culoare galbenă-brună. De cele mai multe ori se localizează la nivelul regiunilor seboreice ale pielii (faţa, linia mediană a corpului, regiunile inghinale). Ca varietăţi există forme veziculare şi pustuloase. Evoluţia este cronică. Starea generală a bolnavului este bună.

Bibl. — BRUNER E.: *Gaz. lek.*, 1920, 5, 63. (D.B.)

Darier, complexul simptomatic; eritrodermia verucoasă în plăci simetrice progresive *(érythrodermie verruqueuse en nappes symétriques progressives);* descris în 1911; vezi Gottron-Hudelo, complexul simptomatic. (D.B.)

Darier, eritemul inelar centrifug *(erythema anulare centrifugum);* descris pentru prima oară în 1916, ca eritem papulocircinat migrator şi cronic *(érythème papulo-circiné migrateur et chronique).* Reprezintă papule circinate, deprimate în centru, cu o lăţime de 1—2 cm roz-gălbui, cu suprafaţa netedă, cu tendinţa la creştere spre periferie şi unire între ele. Se localizează în special pe trunchi. Etiologia este probabil alergică, evoluţia cronică.

Bibl. — DARIER J.: *Ann. Derm.*, 1914, 57. (D.B.)

Darier, lentiginoza profuză *(lentiginosis profusa):* prezenţa aproape pe întreg tegumentul de pete ca lintea *(lentigines),* uneori cu suprafaţă lucioasă.

Bibl. — DEGOS R., CARTEAUD A.: *Ann. Derm.*, 1956, 83, 125. (D.B.)

Darier, pseudoxantomul elastic *(pseudoxanthoma elasticum);* xantomul elastic *(xanthoma elasticum)* Balzer; elastoza distrofică *(elastosis dystrophica);* elastorexis; degenerescenţă sistemică aparentă a ţesutului elastic; descris în 1884. Se caracterizează prin degenerescenţa fibrelor elastice ale pielii, vaselor (caracterul sistemic al bolii) şi chiar a membranei Bruch (modificări ale fundului de ochi). Cauza degenerescenţei ţesutului elastic nu este cunoscută. Boala afectează atît adulţii, cît şi tinerii chiar şi copiii. În stadiul final, pe feţele laterale ale gîtului, în regiunile axilare şi inghinale apar focare de plăci plane, care se unesc între ele sub formă de reţea sau cîmp. Pielea în aceste locuri este subţiată, dar dacă este ridicată sub formă de pliu cutanat, revine foarte lent.

Bibl. — MARCHIONINI A., TURGUT K.: *Derm. Wschr.*, 1942, 114, 145. (D.B.)

Darier, sarcoide nodoase diseminate *(sarcoïdes noueuses disséminées).* O varietate a tuberculidelor, sub forma de noduli cutaneo-subcutanaţi, care se diferenţiază de eritemul indurat prin numărul mai mare al eflorescenţelor, localizate pe feţele extensoare ale extremităţilor, prin reacţia inflamatoare mai mică; niciodată nu se ulcerează. În contrast cu sarcoidoza, proba de tuberculină este pozitivă. După părerea lui Degos, sarcoidul Darier nu trebuie confundat cu sarcoidul subcutanat Darier-Roussy.

Bibl. — PAUTRIER: *Nouv. prat. Derma.*, 1936, 3, 655. (D.B.)

Darier-Ferrand, dermatofibrosarcomul tuberos *(dermatofibrosarcoma protuberans);* descris în 1924. Nodulii izolaţi se unesc treptat în formaţiuni tuberoase, care pot ajunge pînă la dimensiuni mari; metastaze se observă excepţional de rar. Cel mai frecvent se localizează pe pielea abdomenului, regiunea inghinală şi extremităţi. Structura histologică corespunde aceleia a fibrosarcomului.

Bibl. — GUTOWSKI W.: *Pol. Tyg. lek.*, 1947, 1, 392. (D.B.)

Darier-Roussy, complexul simptomatic; sarcoide hipodermice *(sarcoïdes hypodermiques);* sarcoidele subcutanate Darier-Roussy; descris în 1904. Este forma de tranziţie între sarcoidoza adevărată şi tuberculoza indurativă Bazin, care poate fi produsă de diferiţi agenţi patogeni (de exemplu, sarcoidele corpilor străini). În contrast cu sarcoidele Boeck, reacţiile la tuberculină sînt pozitive; examenul bacteriologic nu evidenţiază micobacteria tuberculozei. Nodulii cutaneo-subcutanaţi se

Scanned with OKEN Scanner

localizează pe feţele extensoare ale extremităţilor şi pe trunchi; tegumentele supraiacente sînt de obicei albastre-roşii sau albastre-brune; tabloul histologic este acelaşi ca în sarcoidul — Boeck: Evoluţia este cronică, cu acutizări.

Bibl. — GRZYBOWSKI M.: Pam. 12 Zjazdu Pol. Tow. Dermat., 1948, 9. (D.B.)

Darling, boala; histoplasmoza *(histoplasmosis);* descrisă în 1906. Este produsă de ciuperca *Histoplasma capsulatum* (parazit intracelular). Infectarea omului se poate face prin intermediul animalelor domestice şi sălbatice; infecţia aeriană prin picături poate juca de asemenea un rol. Forma pulmonară evoluează de obicei fără simptome; se caracterizează prin apariţia de focare mici pulmonare, cu reacţie în ganglionii peritraheali şi peribronşici; evoluţia este cronică, iar prognosticul bun. Forma generalizată evoluează mai grav; începe cu ulceraţii necrotice ale mucoaselor, cu reacţie în ganglionii regionali, temperatură ridicată cu curbă neregulată, hepatosplenomegalie, epuizare, anemie secundară şi leucopenie; evoluţia este subacută.

Bibl. — CONANT N. F. şi colab.: Manual Clinical Mycology, 1954. (D.B.)

Daucas-Kapenatakis, complexul simptomatic; purpura eczematoidă *(eczematoid like purpura).* Ocupă un loc intermediar între purpurele adevărate şi grupa de purpure produse de inflamaţia vaselor cutanate. Constă în prezenţa purpurei şi modificărilor eczematoase cutanate, precum şi a simptomelor de lichenificare. Există un prurit discret şi diminuarea rezistenţei capilarelor. Evoluţia este subacută. După dispariţia elementelor cutanate rămîne o hiperpigmentaţie. Se localizează în special la extremităţi.

Bibl. — CASALA, MOSTO J.: *Arch. Argent. Dermat.,* 1955, 3, 209; *Ann. Derm. Syph.,* 1958, 3, 362. (D.B.)

Davidenkov, paralizia asociată funcţională; afecteaza grupele musculare sinergice sau antagoniste (de exemplu, în leziunea nervului radial se observă — o dată cu afectarea tipică a extensorilor — o slăbire importantă a forţei de strîngere a mîinii). (D.B.)

Davidenkov, sindromul; varietate de atrofie musculară progresivă; descris în 1934. Paralizii musculare sub influenţa frigului (vezi Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann, boala). (D.B.)

Davison, boala; vezi Jakob-Creutzfeldt, boala. (D.B.)

Dawson, boala; encefalomielita subacută *(encephalomyelitis subacuta Dawsoni).* Constă din tulburări motorii, mioclonii, tulburări psihice. (D.B.)

Debler, boala; anemia familială hemolitică *(familiaere haemolitische Anaemie);* descrisă în 1939. Este o boală rară, care se observă la sugari; aceştia prezintă întîrziere în dezvoltarea fizică şi psihică. Este vorba de o anemie hipocromă cu eritroblastemie, microcitoză, reticulocitoză, anizocitoză, poichilocitoză. În hematii se decelează granulaţii bazofile. Rezistenţa osmotică a hematiilor este scăzută. Există hepatosplenomegalie. Splenectomia duce de obicei la vindecare. Etiologia nu este cunoscută.

Bibl. — DEBLER K.: Z. *Kinderheilk.,* 1939, 40, 61, 198. (D.B.)

Debré, boala; boala Mollaret; boala Prtzetakis; limforeticuloza benignă prin muşcătură de pisică *(lymphoreticulosis benigna e morsu felis);* febra zgîrieturii de pisică *(cat-scratch fever);* boala ghearelor de pisică *(la maladie des griffes du chat);* limforeticuloza benignă de inoculare *(lymphoréticulose bénigne d'inoculation);* limfadenita virală benignă *(benigne Virus-lymphadenitis).* A fost descrisă de Debré în 1950 şi, independent de acesta, de Mollaret şi colab. Este produsă probabil de un virus. Afectează mai des copiii. Infecţia se face prin pielea lezată (cel mai frecvent de pisică). După o perioadă de incubaţie de 1—6 săptămîni, debutul este acut, cu frisoane, cefalee, astenie, epuizare generală şi temperatură, care durează 10—15 zile. La locul de pătrundere a virusului apare modificarea primară, care se vindecă rapid. Apoi se măresc grupele regionale de limfoganglioni, cu tendinţa la ramoliţie, fistulizare şi cicatrizare. În afară de forma bubonică, există şi forma cu leziuni viscerale. Pentru diagnostic este foarte importantă reacţia cutanată. (D.B.)

Debré (1941), simptomul; sindromul neuro-edematos *(syndrome neurooedémateux).* Se observă la copiii pînă la vîrsta

Scanned with OKEN Scanner

de 5 ani, după un proces infecţios banal. Se manifestă prin dureri vagi, inclusiv la nivelul extremităţilor, paralizii flasce în regiunea rădăcinilor lombosacrate, hiporeflexie, edeme mari generalizate. Lichidul cefalorahidian nu prezintă modificări. Regresiunea tuturor simptomelor se produce de obicei după 2—3 săptămîni. (D.B.)

Debré-Marie J. (1925), boala; sindromul neuro-edematos epidemic. Perioada iniţială se manifestă prin dureri sub formă de crize, laringită şi tuse, care durează 3—15 zile. Apoi se adaugă temperatură ridicată, edeme şi paralizie flască progresivă, care cuprinde extremităţile inferioare, centura pelviană şi muşchii vertebrali. Reflexele tendinoase sînt conservate. Lichidul cefalo-rahidian este normal. Pot surveni complicaţii sub formă de tulburări ale respiraţiei şi pulsului. Durata bolii este de 3—4 săptămîni. (D.B.)

Degos, amiloidoza sistematizată zisă primitivă *(amyloïdose systématisée dite primitive);* vezi Straus, paraamiloidoza. (D.B.)

Degos, boala; papuloza malignă atrofiantă *(papulosis maligna atrophicans, papulose atrophiante maligne);* sindromul cutaneo-intestinal mortal *(syndrome cutanéo-intestinal mortel);* eritem porţelanat în picături *(érythème porcelainé en gouttes)* Tzanck, Civatte, Cidi; descrisă în 1942. Constă în modificări papulo-atrofice maligne, de etiologie necunoscută. Boala are la bază tromboza venelor mici ale pielei şi a venelor mari ale tractului gastro-intestinal. La nivelul tegumentelor apar papule cu depresiune în centru (necroză), de culoare porţelanie, înconjurate de un contur roşu-albăstrui. La cîteva săptămîni de la apariţia simptomelor cutanate încep dureri acute abdominale cu temperatură şi vărsături, corespunzînd cu instalarea procesului în venele cavităţii abdominale.

Bibl. — DEGOS R., DELORT J., TRICOT R.: *Bull. Soc. Franç. Dermat. Syph.*, 1942, 49, 148, 281. (D.B.)

Degos, complexul simptomatic; genodermatoza în cocardă *(génodermatose en cocarde).* Este inclusă în eritrokeratodermiile localizate. Apar pete eritematoase rotunjite, uneori de dimensiuni mari. În centrul acestora există o acumulare de scuame destul de mari, realizînd un aspect de cocardă. Aceste modificări regresează în cursul a 3 luni, apoi recidivează sub forma de diseminare a manifestărilor cutanate.

Bibl. — DEGOS R.: Maladies de la peau, 1956. (D.B.)

Degos, parakeratoza pigmentogenă peribucală *(parakératose pigmentogène péribuccale);* vezi Brocq, *pigmentatio peribucalis, dermatose pigmentée péribuccale.* (D.B.)

Dehio, simptomul; încetarea bradicardiei după administrarea subcutanată a 0,001 g atropină arată că la baza acesteia a fost o excitaţie a nervului vag; menţinerea unui puls lent arată existenţa unei leziuni miocardice. (D.B.)

Déjérine, afazia senzorială; vezi Wernike, afazia senzorială. (D.B.)

Déjérine, alexia: cecitate pură faţă de litere; bolnavul nu poate citi, dar vorbirea cu voce tare este menţinută. (D.B.)

Déjérine, reflexul; în leziunea căilor piramidale. Constă în sinchinezii şi convulsii tonice ale degetelor mîinii, cu ocazia expunerii palmelor. (D.B.)

Déjérine, simptomul sciatic; în sciatică. Prin aplecare în jos, strănut, tuse, se intensifică durerea la nivelul regiunii lombosacrate şi în lungul nervului sciatic. Simptomul este caracteristic pentru un proces radicular.

Déjérine, sindromul; claudicaţia intermitentă a măduvei spinării *(claudicatio intermittens medullae spinalis)* Déjérine; şchiopătarea intermitentă. Este produsă de tulburările vasomotorii din sifilis, tromboangeita obliterantă (boala Buerger). Constă în paralizii sau pareze de scurtă durată şi care se amendează rapid. (D.B.)

Déjérine, sindromul; sindromul talamic produs prin deconectarea arterei talamogeniculate. Constă în tulburări senzoriale de partea opusă leziunii nucleului ventral al protuberanţei, sub forma de crize dureroase intense — care nu pot fi calmate eficient de nici o substanţă medicamentoasă —, parestezii. În plus, există hemiplegii de scurtă durată, ataxia şi asinergia, „mîna talamică", cu degetele în extensie excesivă, dispuse în formă de salut milităresc şi mişcări atetozice sau coreice.

Bibl. — DÉJÉRINE J.: Sémiologie des affections du système nerveux, Paris, 1914. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Déjérine, surditatea verbală pură *(surdité verbale pure);* vezi Wernicke, afazia subcorticală. (D.B.)

Déjérine-Foix, sindromul; sindromul paramedian Foix; sindromul bulbar anterior medioolivar. Are la bază obstrucţia arterelor bulbare centrale. Constă din paralizie încrucişată, care interesează nervul sublingual (atrofia muşchilor unei jumătăţi de limbă) şi hemiplegie de partea leziunii. (D.B.)

Déjérine-Klumpke, sindromul segmentului inferior al reţelei acromiale din leziunile rădăcinilor C_8—D_1. Alături de adinamia muşchilor: ridicătorul halucelui şi degetului mijlociu, intercostali, extensorul halucelui, extensorul cubital al pumnului abductorul şi lungul extensor al halucelui, se observă tulburarea funcţiei simpaticului, care aminteşte sindromul Claude Bernard-Horner .(D.B.)

Déjérine-Lavalpiquechef, sindromul; ataxia pseudospinală alcoolică: tulburarea sensibilităţii superficiale, a simţului poziţiei şi ataxie. (D.B.)

Déjérine-Lichtheim, fenomenul; descris de Proust în 1872, în afazia subcorticală. Bolnavul, care nu poate să vorbească, poate să arate totuşi cu degetul din cîte litere constă cuvîntul dat. (D.B.)

Déjérine-Roussy, sindromul talamic; dureri spontane ale extremităţilor, hipoestezie unilaterală, hemipareză uşoară, hemiataxie, mişcări coreoatetozice de partea opusă focarului. (D.B.)

Déjérine-Sottas (1893), boala; nevrita interstiţială hipertrofică progresivă *(neuritis interstitialis hypertrophica progressiva);* nevrita interstiţială şi hipertrofică a copilului *(névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance).* Este una din formele bolii Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann, care debutează la vîrsta tînără. Fibrele nervoase îngroşate şi indurate se pot palpa, iar uneori se şi văd. Se manifestă prin atrofia şi paralizia muşchilor segmentelor distale ale extremităţilor, tremurătură fibrilară care interesează şi muşchii neatrofiaţi, modificări ale excitabilităţii electrice, tulburări trofice, deformări ale coloanei vertebrale. Simptomele se exacerbează la frig, fapt ce poate fi legat de prezenţa în sînge a autocrioaglutininelor. Anatomopatologic este vorba de o inflamaţie cronică hipertrofică a tecii Schwannon şi de leziuni ale învelişurilor mielinice şi a cilindraxilor. Se deosebesc: 1) boala Marie-Bovéri (1910) — exoftalmie şi simptome diseminate asemănătoare simptomelor din scleroza diseminată; 2) boala Roussy-Cornil (1919) — asemănătoare cu atrofia musculară progresivă Aran-Duchenne; 3) boala Symmonds-Shaw (1936) — fără tulburări de sensibilitate şi modificări ale excitabilităţii electrice. (D.B.)

Déjérine (1912) — **Souques** (1914) — **Sicard,** sindromul; sindromul neîntrerupt al nucleului geniculat. În manifestările complexului sînt incluse următoarele simptome: dureri acute auriculare; herpes în regiunea Hunt sau, uneori, pe două treimi anterioare ale suprafeţei limbii; leziunea perechii a VII-a de nervi, consecutivă compresiunii; tulburarea gustului la nivelul celor două treimi anterioare ale suprafeţei, limbii; tulburări de sensibilitate în regiunea Hunt, la nivelul lobulului urechii. (D.B.)

Déjérine-Thomas, boala; atrofia olivo-ponto-cerebeloasă *(atrophia olivo-ponto-cerebellaris).* Primele simptome apar la vîrsta de 40 de ani; mers nesigur, oboseală rapidă, mers cu baza lărgită (picioarele larg îndepărtate), ţinută rigidă, pas scurt, neregulat. Prin schimbarea bruscă de poziţie bolnavul îşi pierde echilibrul şi cade. Alte simptome sînt: mişcări dismetrice, tremurătură intenţională, împleticire. Scrisul şi vorbirea sînt modificate. Simptomele se agravează treptat. Durata bolii este de 3—13 ani. (D.B.)

Delbanco, boala; glandele sebacee heterotopice ale mucoasei cavităţii bucale *(glandulae sebaceae heterotopicae mucosae cavi oris);* descrisă în 1889. Distopie de glande sebacee în cavitatea bucală, în special în mucoasa jugală; vezi Fordyce, boala. (D.B.)

Delbanco, complexul simptomatic; crauroza glandului şi prepuţului penisului *(kraurosis glandis et praeputii penis).* Cauza este inflamaţia glandului şi prepuţului (balanopostita), tulburarea activităţii glandelor genitale, ca în crauroza vulvei *(kraurosis vulvae).* Clinic se manifestă prin atrofia progresivă a glandului şi a lamei

Scanned with OKEN Scanner

interne a prepuţului, cu strictura orificiului extern al uretrei şi simptome de leucoplazie.

Bibl. — ZIENKIEWICZ A.: *Pol. Gaz. lek.*, 1936, 243. (D.B.)

Delbet, triada; în volvulusul intestinului subţire: exsudat în cavitatea abdominală, care creşte rapid, meteorism abdominal, absenţa vărsăturilor fecaloide. (D.B.)

De Lee, complexul simptomatic; sindromul distociei-distrofiei *(dystocia-dystrophia syndrome).* Imposibilitatea naşterii pe cale naturală a fătului viu în caz de sarcină supramaturată şi angajare înaltă a capului fetal. Uneori se asociază simptome discrete de distrofie adipozo-genitală. Naşterea se face prin operaţia cezariană.

Bibl. — WILLIAMS B.: *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, 1942, 49, 412. (D.B.)

Delmas-Marsalet, reflexul de postură; vezi Foix-Thévenard, reflexul. (D.B.)

Demage-Oppenheim, boala; paraplegia spastică senilă *(paraplegia spastica senilis);* paraplegia bătrînilor *(paraplégie des vieillards)* Lhermitte; paralizia transversă spastică senilă. Interesează întotdeauna extremităţile inferioare. Constă într-un sindrom piramidal, consecutiv modificărilor sclerotice care duc la obstrucţie vasculară, ischemie şi apoi degenerescenţă la nivelul căilor piramidale. (D.B.)

Demarquay, simptomul; fixarea sau coborîrea laringelui în momentul fonaţiei sau deglutiţiei, în sifilisul traheei. (D.B.)

Dercum, boala; boala Anders; fibrolipomatoza dureroasă *(fibrolipomatosis dolorosa);* adipozitatea dureroasă *(adipositas dolorosa);* endocrinopatia poliglandulară. Clinic se manifestă prin prezenţa de noduli diseminaţi, asemănători lipoamelor, dispuşi nesimetric pe extremităţi şi trunchi. Nodulii sînt dureroşi la palpare, pot să dispară spontan. Boala interesează femeile de vîrstă mijlocie.

Bibl. — DERCUM: *Amer. J. Med. Soc.*, 1892, 104, 521. (D.B.)

Derrick-Burnet, boala; pneumorickettsioza *(pneumorickettsiosis);* febra Q *(Q-fever);* „gripa balcanică"; descrisă în 1937. Este o rickettsioză particulară, fără erupţie. Agentul patogen este *Rickettsia Burneti (Coxiella Burneti).* În epidemiologie joacă rol: laptele animalelor infectate, lîna, carnea, probabil infecţia prin căpuşi şi pe cale aeriană, prin picături. După o perioadă de incubaţie de 14—26 de zile, boala începe cu simptome de infecţie generală, cu febră care atinge treptat 39—40° şi se prelungeşte de la cîteva zile la 2 săptămîni. Sînt frecvente mialgiile, cefaleea, iar caracteristică este durerea dinapoia globilor oculari. În ziua a 5-a—a 6-a de boală apare o tuse uscată, iar în jumătate din cazuri dureri toracice, ca expresie a inflamaţiei pulmonare. Evoluţia bolii este în general uşoară, există totuşi şi forme mai grave (septică, care aminteşte bruceloza nervoasă etc.). (D.B.)

Dessault, fractura; fractura trimaleolară *(fractura trimaleolaris).* Este o varietate a fracturii Dupuytren, cu fractura complimentară a suprafeţei anterioare sau posterioare a tibiei. (D.B.)

Deutschländer, fractura; fractura oaselor metatarsiene al II-lea şi al III-lea *(fractura ossis metatarsi II et III);* tumoarea piciorului *(footumor, Fussgeschwulst);* tumoarea mediană *(Mittelgeschwulst)* Deutschländer; piciorul marşului *(marsh-foot);* fractura de efort a unui os metatarsian *(stressfracture of a metatarsal bone);* fractura marşului *(Marschfraktur);* a fost descrisă de Breithaupt în 1855. Constă în fractura metatarsienelor al II-lea, al III-lea, mai rar al IV-lea, consecutivă unui efort fizic. Aşa-numita fractură prin supraefort se observa înainte destul de frecvent la recruţi, la începutul serviciului în armată; se observă şi la femei. Se caracterizează prin durere la nivelul piciorului, edem important, hiperemia tegumentelor, durere prin compresiunea capului oaselor metatarsiene dinspre faţa plantară.

Bibl. — KOWALSKI M.: *Lek. Wojsk*, 1935, 26, 5. (D.B.)

Devergie, boala; pitiriazis roşu pilar *(pityriasis rubra pilaris); lichen ruber acuminatus Kaposi; lichenpsoriazis Hutchinson;* descrisă în 1857. Uneori se observă o cantitate diminuată de vitamină A în serul sanguin, ca rezultat al hipofuncţiei hepatice. Boala începe încă din copilărie, uneori la adult. Pe feţele extensoare ale degetelor mîinii, în special la nivelul falangelor bazale şi mijlocii, pe extremităţi, uneori pe faţă, apar tuberculi perifoliculari mici, care conţin material cornos.

Scanned with OKEN Scanner

Uneori modificările patologice afectează o mare suprafaţă cutanată (forma eritrodermică). Pe palme şi plante se observă hiperkeratoză; căderea părului de pe cap. Evoluţia este cronică, recidivantă.

Bibl. — CHECINSKI T.: *Przegl. Dermat.*, 1948, 2, 205. (D.B.)

Devic, boala; neuromielita optică *(neuromyelitis optica);* a fost descrisă de Allbutt în 1870, de Erb în 1879, iar ca entitate nosologică de Devic în 1894. Se observă (epidemic) între vîrstele de 12 şi 60 de ani. Se caracterizează prin inflamaţia măduvei spinării şi nervilor optici; un ochi se îmbolnăveşte întotdeauna înaintea celuilalt (cu cîteva ceasuri pînă la cîteva săptămîni); abia după 5—6 zile (pînă la 2 luni) apar simptomele inflamaţiei măduvei spinării (de obicei la nivelul segmentelor cervicale inferioare şi toracice superioare). Tipic pentru această boală este scotomul bilateral în mijlocul cîmpului vizual, care duce uneori la cecitate completă, dar poate şi să dispară complet în cîteva zile sau săptămîni. Modificările de bază, care apar ca rezultat al procesului inflamator, constau în leziunea întinsă a învelişului mielinic al fibrelor nervoase. Este posibilă vindecarea completă.

Bibl. KAPAMADZIJA B., POSTIC D.: *Med. Przegl.*, 1959, 12, 227. (D.B.)

Diamond-Blackfan, sindromul; sindromul Josephs-Diamond-Blackfan; anemia cronică congenitală aregenerativă *(anaemia chronica congenita aregenerativa);* eritroblastoftizia *(Erythroblastophtise);* anemia cronică hiporegenerativă *(chronische hyporegeneratorische Anämie);* anemia congenitală aplastică *(kongenitale aplastische Anämie).* Este o boală congenitală, care apare la vîrsta de sugar. Se traduce prin anemie hipocromă lent progresivă, cu absenţa reticulocitelor. Măduva osoasă arată limitarea importantă a funcţiei hematopoietice, creşterea proporţiei de limfocite şi celule reticulare. Există în plus întîrziere în dezvoltarea fizică şi psihică, hipogenitalism. Etiologia necunoscută. Prognosticul nefavorabil.

Bibl. — DIAMOND L., BLACKFAN K.: *Am. J. Dis. Child.*, 1938, 56, 464. (D.B.)

Diaz, boala; osteocondrita osului calcaneu *(osteochondritis ossis tali);* descrisă în 1804. Constă în necroza aseptică a calcaneului, probabil de origine traumatică. Cel mai frecvent se observă la copii de 6—12 ani. (D.B.)

Dickinson, simptomul: mărirea diametrului antero-posterior al uterului (aspect de sferă mare, în comparaţie cu forma turtită normală a acestuia), ca simptom de sarcină precoce. Se observă în 96% din cazuri chiar de la sfîrşitul primei luni de gestaţie.

Bibl. — SEITZ L., AMREICH A.: Biologie und Pathologie des Weibes, vol. VII, Berlin, 1952. (D.B.)

Dide-Botcaro (1902), sindromul; în focarele bilaterale de ramoliţie din lobul occipital. Constă în amnezia de fixare, confabulaţie, pierderea capacităţii funcţionale de localizare şi cecitate verbală pură. (D.B.)

Digton, boala; vezi van der Hoeve, boala. (D.B.)

Dimmer, distrofia corneei; vezi Biber, distrofia corneei. (D.B.)

Dimmer, inflamaţia numulară (în formă de monedă) a corneei *(keratitis nummularis);* descrisă în 1889 de Stellwag şi în 1905 de Dimmer. Se caracterizează prin apariţia de modificări la nivelul corneei (fără inflamaţia prealabilă a conjunctivei), sub forma de opacifieri rotunde (cu centrul mai alb) cu tendinţă la unire. Trebuie diferenţiată de inflamaţia corneei Fuchs.

Bibl. — PILLAT A.: *Amer. J. Ophthal.*, 1957, 43, 4/II, 58. (D.B.)

Doehle-Heller, boala; mezaortita luetică *(mesaortitis luetica);* vezi Heller-Doehle, boala. (D.B.)

Dohie, complexul simptomatic; acropigmentaţia simetrică *(acropigmentatio symmetrica);* leucopatia punctată şi reticulară simetrică *(leukopathia punctata et reticularis symmetrica)* Matsumoto; discromatoza simetrică ereditară *(dyschromatose symétrique héréditaire)* Toyama; a fost descris în 1934. Constă în prezenţa de pete pigmentate pe faţa dorsală a mîinilor şi picioarelor, în regiunea articulaţiei radio-carpiene, a meleolelor, mai rar pe trunchi, asociată cu depigmentare reticulară sau în focare şi cu prezenţa de efelide pe faţă. Uneori există insuficientă dez-

Scanned with OKEN Scanner

voltare intelectuală şi dilatarea vaselor retinei.

Bibl. — GARTMANN: *Derm. Wschr.*, 1952, 125, 23, 534. (D.B.)

Doyne, boala; corioidita în fagure de miere familială *(family honeycomb „chorioiditis")*; degenerescenţa în fagure de miere *(dégénérescence en rayon de miel)*; descrisă de Hutchinson în 1876 şi de Doyne în 1889. Este un semn inconstant, care apare în jurul vîrstei de 15 ani, dar se poate manifesta şi mai tîrziu. Se caracterizează prin inflamaţia simetrică centrală a membranei vasculare, cu aspect de mozaic sau fagure de miere, şi prin diminuarea adaptării la întuneric. Se dezvoltă treptat, pînă la atrofia completă a petei galbene, dar diminuarea importantă a acuităţii vizuale apare relativ rar. Histologic se decelează neoformaţie de ţesut vitros, asemănătoare verucilor. Trebuie diferenţiată de boala Stargardt. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — PAJTAS J.: *Ophtalmological (Basel)*, 1957, 134, 101. (D.B.)

Doyne, inflamaţia în picături a corneei; formă rară de depunere de precipitat pe faţa anterioară a corneei (sub forma de mase cenuşii mici, rotunde), în keratite. (D.B.)

Draper, simptomul; vezi Heine-Medin, boala. (D.B.)

Dresbach, anomalia; eliptocitoza *(Elliptozytose)*; ovalocitoza *(Ovalozytose)*; descrisă în 1904. Este o anomalie constituţională pe bază ereditară. Nu se însoţeşte de nici un simptom clinic, se descoperă accidental. Proporţia de ovalocite ajunge pînă la 90%; acestea apar probabil în sîngele periferic, căci în măduva osoasă nu se decelează modificări în geneza şi forma eritrocitelor.

Bibl. — LANBRECHT K.: *Erg. inn. Med.*, 1938, 55, 259. (D.B.)

Dressler, boala; boala Harley; hemoglobinuria paroxistică *(hemoglobinuria paroxysmalis, hémoglobinurie paroxystique)*; descrisă de Dressler în 1854. Se observă sub formă de crize, la copii şi adulţi. După o răceală, în special legată de un efort fizic, apar frisoane, febră, cefalee, dureri lombare. Urina capătă o culoare brună-închisă legată de prezenţa unei cantităţi mari de hemoglobină liberă, care se transformă rapid în methemoglobină. După criză se observă creşterea nivelului de bilirubină în serul sanguin, icter uşor, hipertrofierea splinei şi ficatului. În formula leucocitară (după criză) apar eozinofilie şi limfocitoză. Durata crizei este de 12—14 ore. În perioadele dintre crize nu se observă simptome patologice. După Donath, în serul acestor bolnavi există autohemolizine specifice, cu caracter de amboceptor, care se unesc cu eritrocitele numai la temperaturi scăzute. Prognosticul este favorabil. (D.B.)

Duane, complexul simptomatic de retracţie; vezi Stilling-Tuerk-Duane, complexul simptomatic. (D.B.)

Duane-Stilling-Tuerk, complexul simptomatic; vezi Stilling-Tuerk-Duane, complexul simptomatic. (D.B.)

Dubini (1848), coreea fulminantă; encefalită acută care evoluează cu contracţii musculare ale extremităţilor şi feţei, care apar în serii, convulsii. (D.B.)

Dubin-Johnson, icterul; descris de Dubin şi Johnson în 1954. Tabloul clinic se caracterizează prin icter nehemolitic permanent şi prezenţa în hepatocitele bolnavului a unei cantităţi de pigment a cărei origine nu este stabilită pînă în prezent. Icterul debutează în copilărie şi persistă toată viaţa, intensificîndu-se uneori; starea generală rămîne bună, iar probele hepatice sînt în limite normale, cu excepţia unei diminuări neînsemnate a excreţiei bromsulfonftaleinei. La laparotomie ficatul apare mare, de culoare verde-închis sau brună, iar examenul histologic evidenţiază o cantitate mare de pigment în celulele hepatice. Unii consideră acest pigment drept lipocrom, alţii drept mezobilifuscină. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — WARMOES F. şi colab.: *Acta Gastroenterologica Belgica*, 1957, 5/6, 525. (D.B.)

Dubreuilh; complexul simptomatic; prurigo limfadenic *(prurigo lymphadénique)*; leucemidele *(leucaemides)* Audry. Este o erupţie nespecifică, sub formă de papule pruriginoase, urticarie sau erupţie eritema-

Scanned with OKEN Scanner

toasă, asociată cu prurit intens, care apare datorită intoxicației, în limfogranulomatoză malignă și leucemii.

Bibl. — BARNEY R. S.: *Arch. Dermat. Syph.*, 1938, 37, 238. (D.B.)

Dubreuilh-Hutchinson, complexul simptomatic; melanoză circumscrisă precanceroasă *(mélanose circonscrite précancéreuse);* pete melanotice *(melanotic freckles).* Constă în apariția la bătrîni, pe față și gît, de pete net delimitate, de culoare roșie-castanie, uneori aproape neagră. Suprafața acestora este netedă sau neregulată. Pata poate crește periferic sau se poate ulcera.

Bibl. — LUTZ.: Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten, 1957, 168. (D.B.)

Duchenne-Erb, sindromul; leziune de tip Duchenne-Erb; sindromul porțiunii superioare a plexului acromial. Constă din lezarea de către procesul morbid a rădăcinilor C_5—C_6, producînd adinamia mușchilor: romboid, supraspinos, subspinos, micul rotund, deltoid, brahial intern, cleido-brahial, biceps, supinatorul brațului. Simptome: edemul umărului, adinamie, adducția brațului. (D.B.)

Duchenne-Grisinger, boala; vezi Erb, atrofia musculară progresivă. (D.B.)

Duchenne-Grisinger, sindromul; varietate a atrofiei musculare progresive. Este forma pseudohipertrofică, cu hipertrofie falsă a mușchilor coapselor și gambelor; vezi Erb, boala. (D.B.)

Ducrey-Stangiale, dermatita sicoziformă atrofică *(dermatitis sycosiformis atrophicans);* vezi Brocq, boala. (D.B.)

Dufourow, simptomul, în hemipareze: cînd extremitățile superioare sînt întinse înainte în supinație, de partea parezei se observă o ușoară pronație. (D.B.)

Dukes, sindromul; vezi Filatov-Dukes, boala. (D.B.)

Duplay, boala; peritendinita calcară *(peritendinitis calcarea); scapulohumeral periarthritis; périarthrite scapulo-humérale;* periartrita humero-scapulară *(periarthritis humero-scapularis);* bursita calcară *(bursitis calcarea);* bursita cronică subdeltoidiană *(bursitis chronica subdeltoidea);* umărul rigid *(frozzen shoulder);* bursita subacromială *(subacromial bursitis);* rigiditatea dureroasă a umărului *(schmerzhafte Schulterstreife);* sindromul articulației umărului *(Schultergelenks Syndrom).* A fost descris în 1842. Produce limitarea dureroasă a mișcărilor în articulația umărului, ca rezultat al modificărilor nespecifice ale țesuturilor periarticulare. Cele mai dureroase sînt abducția și rotația înăuntru a umărului. Uneori evoluează pînă la artrodeza nedureroasă. Frecvent se decelează depozite de calciu în tendonul mușchiului supraspinos. Se observă în special la femeile în vîrstă. Modificările apar cel mai des pe fondul traumatismelor și degenerării tendonului mușchiului supraspinos.

Bibl. — SCHAR H.: *Erg. Chir.*, 1936, 29, 211. (D.B.)

Duplay, complexul simptomatic; vezi Madelung, deformația. (D.B.)

Dupré, sindromul; meningismul *(meningismus);* iritația meningelor cerebrale și spinocerebrale, produsă de diferiți factori etiologici. (D.B.)

Dupré-Merklen, sindromul; sindromul Schlemihl: slăbiciune motorie cu dispraxie (denumit după eroul lui Chamisso, „Peter Schlemihl", prototipul omului neîndemînatic). (D.B.)

Dupuys-Dutemps, simptomul; descris în 1903. Dacă bolnavul privește în jos, ambele pleoape superioare sînt coborîte egal și simultan, dar dacă dorește să închidă strîns ochii, din această poziție, ochiul sănătos se închide, iar de partea bolnavă pleoapa superioară se ridică puternic în sus. Se observă în paralizia periferică a nervului facial.

Bibl. — DUPUYS-DUTEMPS: *Journ. Neurol.*, 1903, 8, 409. (D.B.)

Dupuys-Dutemps-Castan, simptomul; în leziunea perechii a VII-a de nervi cranieni. Constă în ridicarea paradoxală a pleoapei de partea lezată, cînd bolnavul privește în jos și cînd vrea să închidă ochii. (D.B.)

Dupuytren, contractura; boala Dupuytren *(morbus Dupuytreni);* contractura tendoanelor *(crispatura tendinum);* contractura aponevrozei palmare *(contracture de l'aponévrose palmaire);* descrisă în 1831. Constă în îngroșarea și contractura aponevrozei palmare și, simultan, contractura degetelor al IV-lea și al V-lea de la

Scanned with OKEN Scanner

o mînă sau chiar de la ambele mîini. Boala se observă cel mai des la adulţi relativ tineri care lucrează fizic, dar şi la intelectuali, de cele mai multe ori la mîna dreaptă. Are tendinţă la recidive după tratament chirurgical. Etiologia este în general necunoscută; o cauză ar putea să fie traumele repetate ale mîinilor.

Bibl. — KOCH L. S.: *J.A.M.A.*, 1933, 15, 878. (D.B.)

Dupuytren, flegmonul; descris în 1833. Este un flegmon întins al gîtului. Denumire veche, care nu se mai foloseşte în prezent. (D.B.)

Dupuytren, fractura; fractura bimaleolară *(fractura bimaleolarum);* fractura de abducţie a gleznei *(Abduktionsfraktur der Knöchel);* descrisă în 1819. Apare prin rotaţia bruscă a piciorului în afară; consecutiv sînt întinse puternic ligamentele laterale interne, se fracturează maleola internă, de regulă în jurul bazei acesteia; se produce şi fractura maleolei externe, cel mai des la locul cu cea mai mică rezistenţă, adică la 5—6 cm deasupra marginii inferioare a acesteia. De multe ori se asociază ruperea ligamentului interosos, în segmentul distal, sau fisura fragmentului triunghiular de la marginea posterioară a tibiei, aşa-numitul triunghi Volkmann.

Bibl. — HÜBNER A.: *Frakt. Luxat.*, 1948, 198. (D.B.)

Durand (1936), boala; aminteşte meningita limfocitară (boala Walgren-Armstrong). Este de origine virală. Are două perioade: prima, cu febră mare, durează 4 zile, cu cefalee, vărsături, nevralgii şi tulburări ale tractului gastrointestinal. După două zile de aparentă sănătate apare recidiva, cu febră, erupţie maculopapuloasă, conjunctivită şi simptome din partea mucoaselor. Recidiva durează 3—4 zile şi se termină cu vindecare completă. (D.B.)

Durand-Zunin, complexul simptomatic; asociaţie rară de defecte de dezvoltare: absenţa congenitală a septului lucid *(septum pellucidum),* siringoencefalie şi *spina bifida;* se asociază picior var *(pes varus).* Se observă ca defect congenital; mecanismul de producere ar putea fi similar celui din alte embriopatii.

Bibl. — DURAND P.: *Minerva pediatrica (Torino)*, 1957, 7, 1. (D.B.)

Dutton, boala; tripanosomiaza africană *(trypanosomiasis africana);* boala somnului africană; descrisă în 1902. Este produsă de tripanosome de două feluri: gambiană şi rodeziană, transmise de muştele *Glossina palpalis* şi *morsitans.* Proprie bolii Dutton este boala somnului gambiană. După o perioadă de incubaţie de 14 zile apare febră neregulată, diferite erupţii, limfadenită; apoi, în cadrul unei stări de epuizare generală, apar simptomele neurologice şi psihice, apoi coma cu sfîrşit fatal. (D.B.)

Duverne-Coudert-Colomb, complexul simptomatic; colagenoza eruptivă *(collagénose éruptive).* Pată colagenotică sub forma de noduli plaţi diseminaţi, de dimensiuni variate (bob de linte, alună) şi în număr variat. Histologic se observă hipertrofia focală a fibrelor colagene, edem şi omogenizare, ca şi diminuarea numărului de fibre elastice.

Bibl. — DUVERNE, COUDERT, COLOMB: *Ann. Derm. Syph.*, 1955, 82, 160. (D.B.)

Duverney, fractura; fractura transversă a osului iliac *(fractura transversa ossis ilei);* fractura transversă a aripei osului iliac deasupra cavităţii articulare *(Die Querfraktur der Darmbeinschaufel oberhalb der Pfanne — acetabulum),* consecutivă unui traumatism direct puternic. Ca rezultat al deplasării fragmentelor de fractură creasta iliacă antero-superioară este situată mai sus, dînd impresia unei extremităţi inferioare mai lungi de partea fracturii, deşi lungimea absolută a acesteia rămîne nemodificată.

Bibl. — HÜBNER A.: *Frakt. Luxat.*, 1948, 67. (D.B.)

Dyke-Young, boala; anemie hemolitică macrocitară; anemie hemolitică cu hiperbilirubinemie. Evoluţia este cronică, cu remisiuni. Diminuarea importantă a rezistenţei osmotice a hematiilor. Indicele de culoare crescut. Reticulocitoză, microcitoză. Splenomegalie. Creşterea numărului celulelor endoteliale în sistemul reticulohistiocitar. În măduva oaselor semne de eritropoieză crescută.

Bibl. — DYKE S., YOUNG F.: *Lancet*, 1938, 2, 817. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

E

Eagleton, sindromul; în abcesul cerebral din regiunea cuneiformă sau din lobul temporal. Se observă dureri retrobulbare cu menţinerea reflexului corneean. (D.B.)

Eagleton, sindromul; în tumorile pontocerebeloase. Constă în păstrarea excitabilităţii labirintului în poziţie orizontală, cu pierderea funcţiei în poziţia de ortostatism. (D.B.)

Eales, boala; angiopatia juvenilă a retinei *(angiopathia juvenilis retinae)*; periflebita retinei *(periphlebitis retinae)*; hemoragia recidivantă a corpului vitros *(rezidivierende Glaskörperblutung)*, descrisă de Eales în 1880. Pînă în prezent sînt aproape 180 de cazuri publicate. Se caracterizează prin hemoragii recidivante, în retină şi corpul vitros, la tineri; indiferent de etiologie, afectează în 70% din cazuri ambii ochi. Etiologia este variabilă, uneori dificil de stabilit (cel mai probabil, tuberculoză. tulburări endocrine, sifilis, infecţie de focar, hemopatii).

Bibl. — DONDERS P. C.: *Docum. Ophthalm.*, 1958, 12, 1. (D.B.)

Eaton, simptomul; vezi Naffziger, sindromul. (D.B.)

Ebstein, sindromul (boala); descris în 1886. Reprezintă o cardiopatie congenitală dreaptă, caracterizată prin insuficienţa valvulei tricuspide şi comunicare interatrială (persistenţa găurii ovale), cu cianoză. Cordul este mărit, în special partea dreaptă; activitatea cardiacă mărită, adeseori ritm de galop, uneori cu sufluri atipice. Radiologic, cîmpurile pulmonare sînt mai luminoase; electrocardiograma indică bloc de ramură dreaptă.

Bibl. — MAHAIM C., NIEUWENHUIZE C. L. C.: *Arch. Mal. Coeur Vais.*, 1957, 50, 465. (A.W.)

Ecklin, boala; *anaemia gravis neonatorum primaria Ecklin; congenital anemia of the new-born; Neugeborenen-anämie*; anemia gravă primară familială a nounăscuţilor; descrisă în 1919. Evoluţia sarcinii şi naşterea sînt normale. La 7—8 zile după naştere apar paloare cutanată rapid progresivă, deseori cu nuanţă icterică, concomitent cu hepato- şi splenomegalie. Sanguin se constată anemie hemolitică cu eritroblastemie (tipul regenerativ) sau cu lipsa eritroblaştilor tineri (tipul aregenerativ); leucocitoză cu prezenţă de promielocite, mielocite, granulocite, eozinofile în exces. În organele parenchimatoase se găsesc focare de hematopoieză. Prognosticul este relativ favorabil.

Bibl. — ECKLIN T.: *Mschr. Kinderheilk.*, 1919, 15, 425. (A.W.)

Economo (van), boala; *encephalitis lethargica s. epidemica*; encefalita letargică sau epidemică; descrisă de van Economo în 1916—1917 şi aproape concomitent de medicul francez Cruchet. Este determinată de un virus filtrant neurotrop. Boala are caracter epidemic. Este vorba de o inflamaţie a substanţei cenuşii a sistemului nervos central, cu predominanţa leziunilor mezencefalice. Clinic se deosebesc o perioadă acută şi una cronică. În perioada acută van Economo deosebea: 1) forma letargică, cu paralizia muşchilor oculari; 2) forma hiperkinetică; 3) forma amiostatico-akinetică. În caz de evoluţie cronică a bolii se constituie parkinsonismul şi tulburările psihice, iar la copii şi adolescenţi se constată simptome neurologice, narcolepsie, mişcări involuntare. miastenie, fără parkinsonism. (A.W.)

Economo (1910) — **Fischer** (1911), sindromul; hemibalism care apare de obicei în caz de leziune hemoragică a nucleului subtalamic (corpului Luys). Tulburările motorii au caracterul unor mişcări involuntare unilaterale de mare amplitudine; ele nu se limitează la extremitatea superioară, ci cuprind şi umărul, capul, gîtul. (A.W.)

Eddoves, boala; vezi van der Hoeve, complexul simptomatic. (D.B.)

Edelmann, boala; *anaemia infectiosa chronica*. Boală de tipul anemiei hipocrome, cu evoluţie lentă. Se caracterizează

Scanned with OKEN Scanner

prin poikilocitoză, anizocitoză şi hematii cu granulaţie bazofilă, leucopenie cu monocitoză şi eozinofilie manifestă. Este determinată de un anumit tip de protozoare.

Bibl. — EDELMANN A.: *Wien. klin. Wschr.*, 1936, 1, 336. (A.W.)

Ehlers-Danlos, complexul simptomatic; *cutis hyperelastica;* hiperelasticitate cutanată; descris în 1899, cu completări făcute în 1908. Constă din hiperelasticitate cutanată (ca de cauciuc), pielea apărînd subţiată şi fiind deosebit de vulnerabilă, în vecinătatea oaselor în special, fapt care duce la apariţia de cicatrice şi pseudonoduli. Se observă o hiperflexibilitate articulară, ca urmare a extensibilităţii capsulelor articulare şi ligamentelor („omul de cauciuc", „omul şarpe"). Starea generală este bună. Boala este mai frecventă la sexul masculin, debutează în copilărie şi durează toată viaţa; se asociază tulburări hormonale (hipofiză, tiroidă, glandele paratiroidiene). Sînt cunoscute cazuri cu evoluţie abortivă.

Bibl. — REMIGOLSKI S., JACH S.: *Pol. Tyg. lek.*, 1957, 26, 1 003. (A.W.)

Ehrman, *folliculitis scleroticans nuchae; acne keloidea Bazin; dermatitis papillaris capillitii;* foliculita cheloidiană a cefei; acneea cheloidiană a cefei. Constă din infectarea cu stafilococ auriu a foliculilor piloşi (procesul inflamator interesează foliculul şi ţesutul conjunctiv înconjurător), în urma cărui fapt se formează abcese intrafoliculare şi perifoliculare, cu localizare obişnuită la limita porţiunii pilare a pielii capului. Procesul se termină prin formare de cicatrice cheloidiene. O varietate a acestei boli afectează pielea capului *(folliculitis et perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens Lukasiewicz-Hoffmann)* (R. Bernhardt).

Bibl. — ADAMSON H.: *Brit. J. Derm.*, 1914, 26, 69. (A.W.)

Einhorn, boala; *gastritis ulcerosa;* gastrita ulceroasă (vechea denumire).

Bibl. — EINHORN M.: *Berlin klin. Wschr.*, 1895, 32, 435. (A.W.)

Eisenmenger, sindromul; descris în 1897. Cardiopatie congenitală caracterizată prin: comunicare interatrială superioară, dextropoziţia aortei deasupra comunicării, hipertrofie moderată a ventriculului drept. Artera pulmonară este normală sau uşor ectaziată. Simptomele sindromului sînt: cianoză progresivă (la vîrsta de aproximativ 7—10 ani), bronşite frecvente, hemoptizie, degete hippocratice, poliglobulie. Inima este puţin mărită; se percepe suflu sistolic în spaţiul intercostal III, lîngă marginea sternală stîngă, uneori şi la arterele carotide; deseori întărirea zgomotului II deasupra arterei pulmonare. Electrocardiograma arată: dextrogramă, uneori suprasolicitarea ventriculului drept şi a atriului drept. Radiologic se constată hiluri pulmonare mărite, care pulsează. Cateterismul indică presiune crescută în artera pulmonară.

Bibl. — LINDENBOOM: *Cardiologia*, 1948, 1, 90. (A.W.)

Ekbom (1945), boala; *paraestesia agitans nocturna extrem. inf.; restless legs; Alliso legs jitters; Vitmaak, anxiété des tibias (1951);* parestezii ale extremităţilor inferioare. Se observă la femeile gravide, în vîrstă de 20—30 de ani. Se manifestă sub formă de parestezii ale suprafeţelor interne ale extremităţilor inferioare, cu senzaţia de hipotonie musculară, fără modificări obiective din partea sistemului nervos. Afecţiunea are caracter vesperal şi nocturn; de asemenea se manifestă în poziţie şezîndă sau în clinostatism şi impune o continuă mişcare a picioarelor sau mers. În cursul zilei pot să apară senzaţia de oboseală şi cea de frig în extremităţile inferioare. Sînt descrise două forme ale bolii: *asthenia crurum paraestetica,* cu parestezii, şi *asthenia crurum dolorosa,* cu algii. (A.W.)

Ellis-Damoiseau, linia (simptomul); este pusă în evidenţă de obicei în caz de exsudat pleural. Este vorba de o linie parabolică care reprezintă limita superioară a matităţii; se prelungeşte de la coloana vertebrală în sus pînă la linia axilară posterioară, apoi coboară în direcţie anterioară. (A.W.)

Elpenor de Logre, simptomul trezirii incomplete. Se observă la persoanele sănătoase, după abuz de alcool etilic sau după administrarea de barbiturice. Stare de discretă obnubilare în timpul trezirii, orientare incompletă. (A.W.)

Elschnig, celulele; descrise în 1911. Este vorba de formaţiuni mari, cu dispoziţie

Scanned with OKEN Scanner

periferică în capsula cristalină. Pot fi observate în cataracta posttraumatică. (A.W.)

Elschnig, perlele; descrise în 1911. Sînt formaţiuni sferoide sau ovalare, transparente, amintind baloanele de săpun, ouăle de broască sau ciorchinele de struguri; sînt probabil de origine epitelială. Se observă în 25% din cazurile de cataractă secundară (reziduală, după Sobanski — vezi), precum şi în cazurile de cataractă congenitală membranoasă.

Bibl. — RABINOVICI M. G.: Vtoricinaia katarakta (Cataracta secundară), Moscova, 1961. (A.W.)

Elschnig, petele; descrise în 1904. Retina prezintă aglomerări izolate de pigment de culoare neagră, cu un lizereu de culoare galben-deschisă sau roşie. Se observă în coroidita albuminurică.

Bibl. — ELSCHNIG A.: *Wien. Med. Wschr.*, 1904, 54, 445, 494. (A.W.)

Elsner, astmul; vezi boala Heberden. (A.W.)

Engelmann, boala *(periostitis hyperplastica; osteopathia hyperostotica multiplex infantilis; progressive diaphysal dysplasia; Camurati-Engelmann syndrom; ostéopathie hyperostotique sclérosante; multiple infantile hematogene dysplasie diaphysaire; systematisierte sklerotische Hyperostose des Kindersalters mit Myopathie; systematisierte erbliche Osteosklerose);* descrisă în 1929. Constă din îngroşarea oaselor lungi, simultan cu hipotonie marcată şi atrofie musculară. Se observă la copiii mici, determinînd fatigabilitate progresivă în timpul mersului şi aşa-numitul „mers de raţă"; copiii încep să meargă tîrziu. La examinare se constată o atonie musculară importantă. Pe radiografii se vede o îngroşare simetrică a diafizei oaselor lungi, cu osificarea concomitentă a periostului şi o structură cribriformă vicioasă a stratului compact, cu îngustarea canalului medular sau, uneori, cu o dilatare a lui. Epifizele şi metafizele nu prezintă leziuni. Nu se observă tendinţă la fracturi. Vertebrele, oasele craniene şi ale bazinului sînt foarte rar afectate.

Bibl. — ENGELMANN G.: *J.B.J.S.*, 1929, 1, 101. (A.W.)

Engmann-Jansen, complexul simptomatic *(pigmentatio parvoreticularis c. leukoplakia et dystrophia unguium; congenital atrophy of the skin with reticular pigmentation).* Constă din prezenţa de leziuni leucoplazice pe limbă şi în cavitatea bucală, leziuni cutanate atrofice la nivelul mîinilor, picioarelor şi gambelor, asemănătoare cu cele din acrodermatita atrofiantă; de asemenea leziuni ungheale. Pielea de la nivelul feţei este ca în *xeroderma pigmentosum*, dar fără efelide şi fără tulburări de keratinizare a epidermului. Pe lîngă acestea există uneori o hiperpigmentaţie reticulară diseminată, alături de o depigmentaţie.

Bibl. — ENGMANN M. F.: *J.A.M.A.*, 1935, 105, 1 252. (A.W.)

Enroth, simptomul. Se caracterizează prin edem palpebral cu caracter „pufos", în special la pleoapele superioare, la marginea superioară a orbitei, uneori şi cu edem al pleoapelor inferioare, cu aspect de pungi. Se observă în boala Basedow. (A.W.)

Erb, boala; *dystrophia musculorum progressiva; myopathie primitive progressive;* atrofia musculară progresivă. A fost descrisă în 1876 de neurologul rus Rot, iar în 1883 de Erb. Boală ereditar-familială care debutează în prima copilărie sau la pubertate, rareori mai tîrziu. Determină atrofie musculară, de obicei simetrică, în primul rînd la muşchii trunchiului, ai porţiunii lombare a coloanei vertebrale, ai bazinului, ai centurii scapulare şi ai segmentelor proximale ale extremităţilor. De aici şi denumirea simptomului de „umerii degajaţi" sau *scapulae alatae.*

Toracele este turtit, talia îngustă (aşa-numita talie de viespe). În caz de atrofie a muşchilor feţei (tip Landouzy-Déjérine) faţa devine puţin mobilă (faţa miopatică sau faţa de sfinx). Atrofia muşchiului orbicular al buzelor determină aşa-numitul „surîs transvers". Pseudohipertrofia muşchilor buzei superioare determină un aspect de bot, aşa-numitul „bot de tapir". Mersul bolnavului ia aspect de „mers de raţă", scularea din poziţia şezîndă şi din clinostatism fiind imposibilă. Pe lîngă atrofii sînt tipice pseudohipertrofiile (de exemplu hipertrofia muşchilor gambei — „pulpe de gnom"). Reflexele profunde sînt de obicei diminuate sau lipsesc. Sensibili-

Scanned with OKEN Scanner

tatea este normală. Se observă tulburări ale sistemului simpatic.

Se deosebesc următoarele forme clinice: 1) sindromul Cestan-Lejonne; 2) sindromul Duchenne-Griesinger; 3) sindromul Erb; 4) forma abortivă Hoffmann; 5) sindromul Hoffmann; 6) sindromul Kilo şi Nevin; 7) sindromul Landouzy-Déjérine; 8) sindromul Leyden-Moebius-Zimmerlin; 9) sindromul Welander. (A.W.)

Erb-Goldflam, boala; *myasthenia pseudoparalytica; myasthenia gravis;* miastenia pseudoparalitică. Se observă cel mai adeseori la femei în vîrstă de 20—40 de ani. Simptomul principal al bolii îl reprezintă fatigabilitatea musculară, care poate fi uşor determinată, apocamnoza Goldflam. Rapida fatigabilitate musculară determină o diminuare a funcţiei, pînă la totala pseudoparalizie. Funcţionabilitatea musculară reapare după odihnă. La anumiţi muşchi, îndeosebi la cei cu apocamnoză, poate fi observată reacţia miastenică Jolly, care constă din diminuarea contracţiilor succesive ale muşchilor (de exemplu, repetarea mişcării de aşezare şi sculare duce la apariţia imposibilităţii totale de sculare). Simptomele iniţial cele mai frecvente sînt ptoza palpebrală, de obicei inegală, gura întredeschisă, sialoreea, atonia muşchilor feţei, trăsături estompate, expresia de oboseală sau somnolenţă a feţei *(facies myopathica)*. Ulterior se asociază parezele sau paraliziile diverşilor muşchi oculomotori. Paraliziile în teritoriile inervate de nervul VII apar precoce. Reflexele tendinoase şi periostale sînt iniţial manifeste; provocarea lor repetată duce la diminuarea, apoi la dispariţia lor; Herman a denumit acest fenomen reflex tendinos miastenic intermitent. Boala are o evoluţie lentă. Simptomele miastenice dispar uneori în timpul sarcinii. Etiopatogenia bolii nu este încă elucidată. Există o anumită corelaţie între miastenie şi timus. Se constată o scădere a producerii de acetilcolină, de asemenea o creştere a eliminării colinesterazei. (A.W.)

Erb, reflexul rotulian; vezi reflexul Struempell. (A.W.)

Erben, simptomul; bradicardia trecătoare, în caz de „lăsare pe vine" sau de aşezare; este interpretat ca un simptom tipic în anumite forme de neurastenie. (A.W.)

Erb, simptomul: contracţie musculară care apare sub influenţa unui curent galvanic slab. Este o manifestare a hiperexcitabilităţii neuro-musculare. Pentru a evidenţia acest simptom, se pune electrodul neutru pe torace, iar cel activ în regiunea nervului, cel mai adesea nervii peroneu sau median, după care se trece un curent galvanic, care provoacă o contracţie musculară; prin diminuarea treptată a intensităţii curentului se determină intensitatea minimă de curent care face să apară contracţia. La persoanele sănătoase, contracţia apare la un curent de 0,9—2,0 mA. În caz de tetanie apare încă de la 0,7 mA. (A.W.)

Erb, sindromul: o varietate a atrofiei musculare progresive, care afectează muşchii scapulo-brahiali; vezi boala Erb. (A.W.)

Erb-Crouzon, sindromul; *paraplegia syphilitica progressiva;* paraplegia sifilitică progresivă. Sindrom spastic, cu evoluţie lent progresivă, la care se asociază ulterior discrete tulburări ale sensibilităţii, tulburări vezicale, simptomul Argyll-Robertson (vezi) şi alte tulburări. (A.W.)

Erb (1875) — **Foerster** (1912) — **Barré** (1919) — **Loevenstein** (1926) reflexul; reflex fiziologic care priveşte muşchiul biceps femural, corespunzînd segmentului medular L_5—S_2. Reflex analog reflexului rotulian, provocat prin lovirea directă, cu ciocanul de reflexe, a muşchiului, deasupra capătului său. În condiţii patologice poate lipsi. (A.W.)

Erichsen, simptomul; în tuberculoza vertebrelor sacrale şi a articulaţiei coxofemurale. Durere în limitele porţiunii bolnave a coloanei vertebrale, în caz de compresiune bimanuală a ileonului. (A.W.)

Erlich-Türck, linia; descrisă în 1882 de către Erlich şi în 1906 de către Türck. Depunerea de sediment în cornee, sub forma unei linii, mai rar două sau mai multe linii verticale, în această ultimă formă putîndu-se forma aşa-numitul fus Krukenberg (vezi).

Bibl. — TÜRCK: *Graefes Arch.*, 1906, 64, 481. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Eschrich, reflexul: contracţia muşchilor labiali, în urma excitării mucoasei bucale. (A.W.)

d'Espine, simptomul: perceperea auditivă, deasupra coloanei vertebrale, a unei şoapte sonore cu timbru bronhofonic. Se constată în caz de adenopatie peribronşică. (A.W.)

Eulenburg (1886), boala; *paramyotonia congenita;* paramiotonia congenitală. Încă din prima copilărie se observă apariţia de simptome miotonice, la extremităţile inferioare şi cele superioare, sub influenţa expunerii la frig. Degetele flectate rămîn rigide, într-o aceeaşi poziţie, şi numai încălzirea lor le redă libertatea mişcărilor. Excitabilitatea mecanică şi cea electrică sînt crescute, reacţia miotonică fiind discret manifestă. (A.W.)

Evans (1946), sindromul; *reflex sympathetic dystrophy:* în urma unui traumatism al extremităţii (luxaţie, fractură) apar tulburări din partea vaselor şi nervilor. Este vorba de simptome neurovegetative, sub forma de congestie sau paloare, transpiraţie abundentă, edem şi durere a extremităţii.

Bibl. — EVANS J.: *Surg. Gynec. Obstet.*, 1946, 82, 36. (A.W.)

F

Faber-Hayem, boala; vezi Hayem-Faber, boala. (A.W.)

Fabry, complexul simptomatic; *angiokeratoma corporis diffusum.* Varietate a angiokeratomului, descrisă în 1898. Se observă mai ales la bărbaţii de constituţie astenică, sub forma de mici papule purpurice care se grupează uneori în plăci, cu localizare la extremităţi şi trunchi.

Bibl. — TRAUB, TOLMACK: *Arch. Derm. Syph.*, 1931, 24, 39. (A.W.)

Fajersztajn-Krzemicki (1901), simptomul; în sciatică; simptomul colateral Lassère. Proba Lassère de partea sănătoasă provoacă durere în extremitatea bolnavă. (A.W.)

Falconer-Wedell, complexul simptomatic; *costobrachial syndrome.* Nevralgii şi stază venoasă în mîna de partea bolnavă, apariţia de leziuni trofice cutanate şi dispariţia pulsului radial de aceeaşi parte. Cauza bolii o reprezintă micşorarea spaţiului subclavicular, ca urmare a ptozării centurii scapulare, dintr-un motiv necunoscut sau datorită poziţiei incorecte a coastei I. (A.W.)

Fallot, boala; *Corvisart's complex; cardiopathie congénitale avec cyanose; cyanose cardiaque;* tetralogia sau tetrada Fallot. Descrisă în 1888. Malformaţie cardiacă congenitală destul de frecventă; stenoză pulmonară, comunicare interventriculară superioară, poziţia spre dreapta a aortei şi hipertrofie centripetă a ventriculului drept. Simptomele sînt: dispnee, cianoză, lipotimii, degete hippocratice. În porţiunea mediană a sternului se aude un suflu sistolic lung, aspru, cu propagare transversală, fremisment-catar aspru.

Scanned with OKEN Scanner

Tabloul radiologic al toracelui arată: hiluri pulmonare nemodificate, cord de dimensiuni normale, de obicei de forma unei cizme. Electrocardiograma indică — dextrograma: *P* pulmonar, apoi suprasolicitare a ventriculului drept. Cateterismul cardiac pune în evidenţă scăderea presiunii în artera pulmonară şi creşterea ei manifestă în ventriculul drept.

Bibl. — KRZEMIŃSKA-ŁAWKOWICZOWA I.: *Postępy kardiologii*, 1952, 1, 170. (A.W.)

Fallot, triada; *cyanopathia;* vezi Morgani, simptomul. (A.W.)

Fanconi, boala; *aplastic anemia with congenital defects; myélose aplastique infantile familiale avec malformations et troubles endocriniens type Émile-Weil; konstitutionelle infantile perniziosaähnliche Anämie; aplastische infantile funikläre Myelose Emile-Weil; konstitutionelle Panmyelophtyse mit multiplen Abartungen.* Descrisă în 1927. Se observă foarte rar, la copii, mai deseori la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii. Anemie hipercromă, gravă, cronică. Macrocitoză, megalocitoză, reticulocitoză. Leucopenie cu structură pseudopelghesiană a nucleilor leucocitelor, trombopenie. Măduva osoasă este hipoplastico-aplastică. Diateză hemoragică. Diverse anomalii. Leziuni neurologice de tip *myelosiss funicularis*. Etiologia necunoscută. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — FANCONI S.: *Jbl. Kinderheilk.*, 1927, 117, 257. (A.W.)

Fanconi-Hegglin, sindromul; *Wassermann — positives Syndrom; Wassermann — positive Pneumonie; syndrome catarrhal des voies respiratoires avec réaction de Wassermann positive.* Descris în 1936 de către Fanconi, iar în 1940 de către Hegglin. Caracteristică pentru acest sindrom este prezenţa focarelor inflamatoare pulmonare, simultan cu reacţia Wassermann pozitivă. Debutează cu tuse, astenie, anorexie, stare subfebrilă. Uneori există raluri sibilante şi suflante sau cîteva raluri umede. Radiologic se constată un focar inflamator parahilar, suficient de întins. V.S.H. este crescută. Sindromul se observă cel mai adeseori la persoane cu stări alergice, bronşite cronice. Prognosticul este bun.

Bibl. — HEGGLIN, GRUMBACH: *Schweiz. Med. Wschr.*, 1941, 16, 578. (A.W.)

Fanconi-Patrassi, boala; *thalassemia minor; varieta macrocitica iperemica; minorform der Mittelmeeranämie; primärhämolitische hyperchrome Elliptozyteanämie.* Descrisă în 1939. Anemie ereditară hemolitică hipercromă, cu macrocitoză, eliptocitoză, poikilocitoză, anizocitoză, reticulocitoză. În perioada iniţială a bolii există eritroblastoză. Rezistenţa osmotică a hematiilor este crescută. Hepato- şi splenomegalie. Boala nu cedează la tratament cu extracte hepatice şi cu fier. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — FANCONI G.: *Arch. Kinderheilk.*, 1939, 177, 1. (A.W.)

Fanfani (1926) — **Grigorescu** (1934), reflexul; *trochanter reflex;* reflexul muşchilor adductori ai coapsei. Arcul reflex corespunde segmentului medular L_4. Contracţia muşchilor adductori ai coapsei, după lovirea trohanterului. Este un reflex fiziologic. (A.W.)

Faulkner-Balaban-Costin, simptomul; vezi Jendrassik, simptomul. (A.W.)

Faure-Beaulieu, simptomul; în complexele simptomatice cerebrale posttraumatice. Apariţia sau accentuarea cefaleei, în caz de săltare pe călcîie. (A.W.)

Favre-Racouchot. boala; *élastoïdose cutanée nodulaire à kystes et à comédons.* Leziune cutanată cu localizare mai frecventă în regiunea temporală şi periorbitară; aproape exclusiv la bărbaţi. Pe pielea ridată există un număr mare de comedoane, de asemenea chisturi conţinînd mase de epiderm descuamat, keratinizat. Etiologia este necunoscută. Atrage atenţia asupra sa faptul că aceste leziuni apar în special în regiunile expuse acţiunii razelor solare.

Bibl. — FAVRE, RACOUCHOT: *Ann. Derm., Syph.*, 1951, 78, 681. (A.W.)

Fed, boala; vezi Riga, boala. (A.W.)

Feer (1922), boala; boala Selter-Swift-Feer; acrodiniile epidemice ale adulţilor Chardin; acrodiniile infantile Schomel; chiropodalgia Bally. Leziuni ale centrilor simpatici din mezencefal, printr-un proces inflamator provocat de un virus sau ca urmare a avitaminozei. Răcirea şi umiditatea extremităţilor superioare şi inferioare, edeme de culoare roşie-aprinsă şi dure, urmate de descuamare, parestezii sub forma de furnicături, prurit, junghiuri şi

Scanned with OKEN Scanner

arsuri. Miotonie pseudoparalitică. Insomnie, excitaţie şi apatie, anorexie, scădere în greutate, hipertensiune, tahicardie, sialoree, gangrenă, căderea dinţilor. Uneori se observă mioclonii şi tremurături fibrilare. (A.W.)

Felty, boala; descrisă în 1924. Se caracterizează prin inflamaţia cronică a articulaţiilor, splenomegalie, leucopenie şi trombopenie, hiperproteinemie şi disproteinemie, pigmentaţie a pielii, în regiunile expuse radiaţiei solare. Măduva osoasă prezintă semne de hipofuncţie, cu mărirea numărului reticulocitelor. Se observă îndeosebi la bărbaţi. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — FELTY A. R.: *Bull. Hopkins Hosp.*, 1924, 35, 16. (A.W.)

Ferguson-Smith, *self healing primary squamous carcinoma of the skin;* carcinomul spinocelular spontan vindecabil, care apare pe pielea aparent sănătoasă. Leziuni de obicei multiple, care seamănă foarte mult cu epiteliomul ulcerat şi care la examenul histologic sînt foarte greu de deosebit de *molluscum sebaceum* (keratoacantom). O trăsătură importantă diferenţială este rapida evoluţie şi cicatrizarea spontană. Se localizează mai ales în regiunile descoperite ale tegumentelor. Evoluţia este cronică, cu apariţia de noi formaţiuni. În ultima vreme se presupune că boala este de origine infecţioasă.

Bibl. — SOMMERVILLE, MILNE: *Brit. J. Dermat. Syph.*, 1950, 62: (A.W.)

Ferraro-Bogaert-Nissen, boala; forma matură a atrofiei familiale progresive a emisferelor cerebrale Schob, caracterizată prin rigiditate şi akinezii. (A.W.)

Fiedler, boala; *myocarditis Fiedleri; Fiedlersche Myokarditis; myocarditis interstitialis; myocarditis perniciosa; myocarditis allergica;* miocardita interstiţială; descrisă în 1899. Reprezintă inflamaţia izolată, nespecifică a miocardului, fără inflamaţia endo- şi pericardului. Debutul bolii este brusc: astenie, insuficienţă circulatoare care se intensifică, cianoză, dispnee, accelerarea activităţii cardiace, adeseori febră, uneori tuse, vărsături, dureri precordiale, stare de nelinişte. Inima este dilatată, zgomotele cardiace asurzite, deseori ritm de galop, tensiunea arterială scăzută. Se observă îndeosebi la adulţi, dar şi la copii. Etiologia pare să fie alergică.

Bibl. — NIZNIKOWSKA-MARKS M. J.: Środmiąższowe zapalenie mięśnia serkowego typu Fiedlera u dzieci. *Wiad. lek.*, 1958, 8, 337. (A.W.)

Fiedler (1875), simptomul; euforia, simptomul caracteristic la narcomani (morfinomani). (A.W.)

Fiedler, boala; vezi Weil, boala. (A.W.)

Fiévez, complexul simptomatic; *syndrome du long biceps détendu de Fiévez.* Se observă în caz de ruptură a porţiunii lungi a muşchiului biceps brahial la nivelul extremităţii sale proximale. Se caracterizează prin existenţa unei tumefieri formate de masa musculară a acestei porţiuni a bicepsului şi a unei depresiuni deasupra acestei tumefieri, precum şi prin perceperea (la palpare) tendonului porţiunii lungi, la marginea anterioară a muşchiului deltoid. (A.W.)

Filatov, boala; sindromul Pfeiffer; *réticulite monocytémique Cazal;* angina monocitară Schultz; limfocitoza Türk; *febris glandularis; mononucleosis infectiosa;* febră glandulară; mononucleoza infecţioasă. Descrisă în 1889. Etiologia este probabil virotică, contaminarea fiind aerogenă, prin intermediul picăturilor; se întîlneşte sporadic, uneori cu izbucniri epidemice. Este răspîndită pe tot globul. Perioada de incubaţie este de 7—8 zile. Se deosebesc mai multe forme clinice: clasic limfatică, anginoasă şi tifoidă (vezi *Tidy typhomononucleosis).* Tabloul clinic este variat, simptomele mai constante fiind: febra neregulată, adenopatia generalizată, fără supuraţie, splenomegalia, angina, afectarea ficatului. Este caracteristică leucocitoza cu predominanţa elementelor mononucleate şi apariţia de limfocite atipice. O importanţă diagnostică esenţială o are reacţia Paul-Bunnel-Davidson. (A.W.)

Filatov, triunghiul; în scarlatină, porţiunea de piele palidă în regiunea aripilor nazale, buzelor şi a bărbiei, care contrastează violent pe fondul de hiperemie al feţei. Are o oarecare importanţă în diagnosticul diferenţial cu celelalte exanteme (A.W.)

Filatov-Dukes; boala; sindromul Dukes; *rubeola scarlatinosa;* pseudoscarlatina; scarlatinoid; cea de a patra boală. De-

scrisă în 1885. Actualmente se consideră că această boală reprezintă o formă ușoară de scarlatină sau rubeolă, cu erupție microrozeolică. (A.W.)

Filatov - Koplik, petele; simptomul Comby; descrise de Filatov în 1895 și, independent de el, de către Koplik în 1898. Se observă numai în rujeolă, cu 1—3 zile înainte de apariția erupției. Este vorba de pete mici, de culoare albă-albăstruie, înconjurate de o zonă hiperemică, localizate pe mucoasa jugală în dreptul premolarilor, în regiunea orificiului canalului Stenon. (A.W.)

Filipowicz, simptomul; în febra tifoidă. Constă din coloratia icterică a tegumentelor palmo-plantare. (A.W.)

Finkelburg, reflexul cremasterian; corespunde segmentului spinal L_1—L_5. Excitarea locală sau generală a căilor simpatice, de exemplu excitarea plantei, produce o retracție a testiculelor și, aparent, o discretă erecție. (A.W.)

Finnerty, simptomul; descris în 1954. Se caracterizează printr-un edem al retinei, care dă impresia că retina este acoperită în acest loc cu un strat subțire de lichid sau cu o peliculă transparentă. În lumina oftalmoscopului, retina strălucește, amintind luciul unei șosele asfaltate în lumina felinarelor de stradă. Finnerty consideră acest simptom drept patognomonic pentru toxicoza gravidică (edem toxic). Se întîlnește, totuși, și în nefrita-nefroză acută, în periarterita nodoasă renală, în cazurile de tumori cromofile ale suprarenalelor. Simptomul acesta trebuie pus în legătură cu tulburarea circulatoare acută, urmare a spasmelor intense ale vaselor retiniene (edem anemic).

Bibl. — ALTENBERGER: Zmiany na dnie oka w nadciśnieniu tetniczym, Warszawa, 1956. (A.W.)

Finsen-Daae, boala; *myositis acuta epidemica;* boala din Bornholm; vezi Sylvest, boala. (A.W.)

Finsterer, simptomul: capul celui de al III-lea metacarpian nu se distinge la examenul clinic. Faptul este urmarea procesului de osteoporoză în osul semilunar al carpului, cu scurtarea axei sale longitudinale, ceea ce duce la deplasarea celui de al 3-lea metacarpian în direcție proximală.

Bibl. — MERCER W.: *Orthop. Surg.*, 1948, 466. (A.W.)

Fischel, eroziunea; eroziunea congenitală a colului uterin; lizereu de culoare roșie-aprinsă, în jurul orificiului extern al colului, la nulipare. Acest aspect rezultă din deplasarea spre exterior a limitei dintre epiteliul cilindric al colului și cel pavimentos al vaginului. Adeseori este diagnosticat, în mod greșit, drept eroziune de natură inflamatoare.

Bibl. — MARTIUS H.: Lehrbuch der Gynäkologie, Stuttgart, 1956. (A.W.)

Fischer, complexul simptomatic; descris în 1921. Se referă la forma ereditară a keratozei palmo-plantare, însoțită de transpirație abundentă onicogrifoză, ulterior onicoliză, cu pilozitate scăzută a pielii capului, genelor și sprîncenelor, degete hipocratice, distiroidie.

Bibl. — FISCHER: *Dermat. Ztschr. (Berlin)*, 1921, 32, 114. (A.W.)

Fischer, simptomul: prezența unui suflu sistolic sau a ralurilor sibilante suprasternal sau parasternal, în cazul aplecării capului înapoi. Se observă în tuberculoza ganglionilor limfatici peribronșici, ca urmare a comprimării venelor trunchiului venos brahiocefalic și a venei cave, de către pachetele de limfoganglioni măriți. (A.W.)

Flatau, simptomul erecției; în encefalita tuberculoasă. Flectarea puternică, repetată de cîteva ori, a trunchiului în față, provoacă erecție. Se observă de obicei la copii, în perioada tardivă a bolii. (A.W.)

Flatau, simptomul occipito-midriazic; în meningita cerebrospinală. Midriază, în caz de flectare a capului (reacție algică). (A.W.)

Flatau, sindromul mentonier; în paralizia pseudobulbară. Reprezintă o manifestare evidentă a grupei de reflexe deliberative: de exemplu a reflexelor nazo-mentonier și cornean-mentonier Flatau, a reflexului „înfulecării" Oppenheim, a rar observatului reflex palmo-mentonier Radovici-Marinescu, precum și a reflexului palmo-mentonier Simchowicz. (A.W.)

Flatau-Sterling (1913), reflexul fosei suprarotuliene; în inflamații ale nervului crural. Aplatizarea și deformarea convexității fiziologice a coapsei, pe fața sa anterioară, și apariția unei depresiuni suprarotuliene, ca urmare a relaxării și atrofiei musculare. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Flatau-Sterling (1911), spasmul progresiv de torsiune; *dystonia musculorum deformans;* distonia de torsiune spontană, cu etiologie necunoscută, care duce la atrofia progresivă a celulelor nervoase mici din neostriat şi la importante leziuni ale macrogliei din întreg encefalul. Apar spasme musculare constrictive, de torsionare, care imprimă corpului o poziţie foarte bizară, iar pe măsura evoluţiei bolii duc la deformări persistente a conformaţiei corpului şi la pareză totală. (A.W.)

Fleischner, inelul pigmentar; descris în 1906. Se observă în keratocon. Se caracterizează prin existenţa unui inel incomplet sau complet, la baza conusului, de culoare galbenă sau verde-măslinie, ca urmare a depunerii hemosiderinei.

Bibl. — KRAUPA E.: *Arch. Augenheilk.*, 1926, 97, 205. (A.W.)

Fleischner, boala; vezi Thiemann, boala. (A.W.)

Flindt, sindromul; *tussigenic syncope;* vezi Charcot, ictusul laringian. (A.W.)

Flint, suflu: suflu presistolic, auscultat deasupra apexului, simptom al insuficienţei valvulelor aortice. Apare ca urmare a vibraţiei valvulei mitrale, produsă de unda sanguină din aortă prin valvulele semilunare incomplet închise. (A.W.)

Foelling (1934), boala; *phenyl-pruvische Idiotie;* imbecilitate fenilpiruvică. Boală consecutivă tulburărilor în metabolismul proteic. Imbecilitate sau debilitate mintală, nanism, rigiditate musculară, tulburări de mers şi ţinută incorectă, tremurături, mişcări atetozice, spasme. În urină, prezenţa acidului fenilpiruvic, produs al oxidării incomplete a fenilalaninei, care în mod normal nu se elimină. (A.W.)

Foerster, coroidita areolară; *areolar choroditis.* Inflamaţia diseminată a coroidei din porţiunea polului posterior al globului ocular. Leziunea iniţială se localizează în regiunea maculară, cele ulterioare din ce în ce mai periferic. (A.W.)

Foerster, devierea cîmpului; devierea limitelor externe ale cîmpului vizual în funcţie de direcţia deplasării excitantului. În condiţii normale, limitele periferice ale cîmpului vizual sînt întrucîtva îngustate dacă excitantul este deplasat dinafară înăuntru, şi ceva mai largi dacă este deplasat dinăuntru în afară. În cazul simptomului Foerster, cîmpurile vizuale obţinute în cazul deplasării excitantului în cele două sensuri sînt de fiecare dată îngustate de partea în care se termină examinarea. Aceasta seamănă cu spirala Reuss (vezi), reprezentarea grafică a obosirii ochiului în timpul examinării. Se observă în neurastenie.

Bibl. — BRUDZEWSKI K.: Podrecznik perymetrii klinicznej, Lwów-Warszawa, 1925. (A.W.)

Foerster, inelul; descris în 1874. Scotom al cîmpului vizual, care apare în jurul punctului de fixare. Este caracteristic (dar nu patognomonic) pentru corioretinita sifilitică, în perioada acută a bolii.

Bibl. — FOERSTER: *Graefs Arch.*, 1874, 20/1, 33. (A.W.)

Foerster, inflamaţie luetică a coroidei; descrisă în 1874. Se caracterizează prin recidive mult mai grave decît boala iniţială, care se complică cu inflamarea porţiunii anterioare a coroidei. Remisiunile durează un an şi mai mult. (A.W.)

Foerster (1936), simptomul: dezorganizarea funcţiei motorii; vezi Monakow, simptomul. (A.W.)

Foerster, simptomul; hiperpatia, în sindroamele talamice. Excitaţiile senzoriale şi senzitive — olfactive, vizuale, auditive sau gustative — care ajung pînă la conştiinţa bolnavului produc senzaţii dureroase foarte neplăcute şi intense; de aici rezultă şi caracterul afectiv al acestor percepţii. (A.W.)

Foerster, simptomul; vezi Parkinson, boala. (A.W.)

Foerster, sindromul; *atonia inferior.* Una din varietăţile encefalopatiei infantile, care se observă la nou-născuţi, caracterizată prin atonie musculară şi astazie.

Bibl. — FOERSTER: *Arch. klin. Med.*, 1909, 98, 216. (A.W.)

Foerster, sindromul; *rigiditas arteriosclerotica;* rigiditatea arterosclerotică a muşchilor; rigiditatea senilă musculară Jakob. Simptome de catalepsie, denervare şi opoziţinism. (A.W.)

Foerster-Altenburger (1933), reflexul; *Dehnungsreflex;* vezi Liddel-Sherrington, reflexul. (A.W.)

Foerster-Fuchs, pata; vezi Fuchs, pata neagră. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Foix, complexul simptomatic; complexul simptomatic al peretelui extern al sinusului cavernos. Descris în 1920. Se caracterizează prin pareza nervilor III, IV, V şi VI, paralizia totală a tuturor muşchilor oculari, pareză a simpaticului şi keratită neuroparalitică. Poate fi observată triada Jaccoud (vezi) şi complexul simptomatic Godtfredsen. Se observă în caz de tumoare a sinusului cavernos.

Bibl. — FOIX CH.: *Bull. Mém. Hôp. Paris*, 1920, 44, 1 355. (A.W.)

Foix, sindromul; vezi Bonnet, boala. (A.W.)

Foix-Alajouanine, boala; *myelitis necroticans subacuta;* mielita necrotică subacută. O formă a mielitei diseminate, după toate probabilităţile de origine virotică. În segmentele medulare inferioare apar focare de necroză. (A.W.)

Foix-Chavany-Hillemand (1926), sindromul; sindromul mioclonic al calotei protuberanţiale. Urmare a unei hemoragii sau a unui focar de ramolisment în regiunea fasciculului longitudinal posterior, a olivei bulbare, a pedunculului superior al cerebelului, precum şi în caz de tumori cerebeloase, în meningita cerebrospinală şi în scleroza difuză. Descris de Kuepper (1873) şi Spencer (1886) ca *nystagmus pharyngis et laryngis.* Grucher (1933) a denumit acest simptom mioritmie. Se caracterizează prin mioclonii simetrice, bilaterale ale vălului palatin şi ale laringelui. (A.W.)

Foix-Hillemand (1924), sindromul; *dystrophia vesico-gluteo-cruralis;* aplazia osului sacru şi coccisului, asociată cu mielodisplazia segmentului medular inferior.

Bibl. — MAZUREK L., STEIN W.: *Neurologia, Neurochir. i Psych. Pol.,* 1951, 1, 1, 42. (A.W.)

Foix-Thévenard (1923), reflexul postural; reflexul postural elementar Delmas-Marsalet (1927). Păstrarea reflexă a tonusului muscular în caz de schimbare a poziţiei corpului, ceea ce face posibilă menţinerea poziţiei de ortostatism. (A.W.)

Foix-Thévenard, simptomul; simptomul „împingerii". La omul sănătos, un mic impuls înapoi determină încordarea extensorilor de la extremităţile inferioare, precum şi a muşchilor abdominali, iar impulsul înainte determină încordarea flexorilor. În cazul bolilor cerebelului aceste reacţii sînt păstrate, dar bolnavul îşi pierde uşor echilibrul. (A.W.)

Follmann, complexul simptomatic; balanita sifilitică; *balanitis erosiva.* La examenul microscopic se pune în evidenţă *Treponema pallidum,* înainte încă de apariţia leziunii primare. Unii autori consideră această balanită drept o urmare a infectării cu fuzospirili, care favorizează infectarea cu sifilis, sau ca o consecinţă a pătrunderii către suprafaţă a spirocheteloor din sifilomul primar, cu dispoziţie mai profundă (Gougerot).

Bibl. — FOLLMANN E.: *Ann. Derm. Syph.,* 1948, 8, 470. (A.W.)

Fontana-Pettinari, boala; splenomegalia primitivă aneritremică. Varietate a bolii di Guglielmo. A fost descris un singur caz. Splenomegalie cu metaplazie eritroblastică manifestă. Tabloul sanguin constă din anemie discretă, fără eritroblastemie. Nu există alte leziuni viscerale.

Bibl. — *Fol. Haemat.,* t. 49, 341. (A.W.)

Fordyce, boala; *glandulae sebaceae heterotopicae; pseudocolloid;* heterotopia glandelor sebacee. Descrisă în 1896. Apariţia de mici noduli, de culoare galbenă-deschisă, care seamănă cu *milium,* la marginea roşie a buzelor, uneori şi pe mucoasa jugală. Simptomele subiective lipsesc. Este un defect de dezvoltare.

Bibl. — FORDYCE, J. A.: *J. Cut. Dis.,* 1896, 14, 413. (A.W.)

Fordyce, complexul simptomatic; varietate a angiokeratomului, care se observă pe scrot.

Bibl. — ORMSBY, MONTGOMERY: Diseases of the skin, 1954, 603. (A.W.)

Forscheimer, pete hemoragice; localizare palatinală, în rubeolă. Au importanţă clinică redusă. (A.W.)

Fothergill (1799), boala; denumirea istorică a nevralgiei nervului trigemen *(neuralgia n. trigemeni essentiali).* (A.W.)

Fournier, complexul simptomatic; formă a complicaţiilor tardive ale meningitei cerebrospinale şi encefalitei sifilitice, cu cefalee intensă, distragerea atenţiei, fotopsie, vertij, tulburări tranzitorii psihice, intelectuale şi ale memoriei, bîlbîială, hemipareze şi paralizii tranzitorii în teritoriile dependente de perechile III, VI, VII de nervi cranieni. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Fournier, dinţii; semn de sifilis congenital. Lezarea primilor molari (atrofia tuberozităţii dentare, scurtarea coroanei dentare, friabilitate) ca urmare a tulburărilor apărute în timpul formării mugurilor dentari şi al osificării.

Bibl. — JABLOŃSKA S.: *Kron. Wener.*, 1948, 2, 8. (A.W.)

Fournier, sindromul ano-rectal; vezi Jersild, complexul simptomatic. (A.W.)

Foville, sindromul; *hemiplegia alternans abducentofacialis;* hemiplegie alternantă cu afectarea nervilor VI şi VII, în caz de leziune în puntea Varoli. Abducţia privirii lateral; bolnavul pare să întoarcă spatele focarului său lezional.

Bibl. — FOVILLE: *Bull. Soc. Anat.*, 1858, 393. (A.W.)

Foville, sindromul bilateral; în leziunile bilaterale ale trunchiului cerebral, în apropierea fundului ventriculului al 4-lea. Sînt afectate mişcările orizontale ale ochilor, fiind posibile numai mişcările în jos şi în sus, precum şi cele de convergenţă. Distrugerea ambilor centri ai mişcărilor oculare laterale asociate duce la sumarea sindroamelor de fiecare parte. (A.W.)

Fox-Fordyce, boala; descrisă în 1902. Se observă îndeosebi la femei, în perioada funcţionării gonadice active. Este în legătură cu tulburări de origine nervoasă ale funcţiei glandelor sudoripare apocrine, ale sistemului nervos. Cel mai adesea sînt afectate glandele sudoripare din regiunile axilare, pubiană, mamelonară. Clinic se observă multiple leziuni papuloase, extrem de pruriginoase.

Bibl. — CHWOJKO W.: *Przegl. Dermat. i Wener.* 1953, 3, 313. (A.W.)

Fraenkel, simptomul; în tabes. Hipotonia muşchilor pelvieni. (A.W.)

Franceschetti, simptomul digito-ocular; descris în 1939. Constă din faptul că copiii îşi înfundă degetul (mai ales policele) în orbită. Este o mărturie a cecităţii, întrucît nu se manifestă în cazul existenţei unei minime acuităţi vizuale. Poate fi uni- sau bilateral şi poate duce la apariţia unei înfundături la marginea superioară a orbitei. Se observă îndeosebi în cazurile de cataractă congenitală bilaterală şi reprezintă unul din simptomele motorii şi nevrotice, la care se asociază cel mai adeseori legănarea şi onanismul.

Bibl. — JAWORSKA-KOZAKOWA K.: *Ann. Univ. Curie-Sklodowska S. D.*, 1949, 4, 687. (A.W.)

Franceschetti - Jadassohn, complexul simptomatic; *dermatose pigmentaire réticulée.* Complexul simptomatic se manifestă în cel de al doilea an de viaţă, în special la fete. Etiologia este necunoscută. Apariţia leziunilor cutanate este pusă pe seama tulburărilor de dezvoltare a ectodermului. Fără fenomene inflamatoare prealabile, apare hiperpigmentaţia cu un desen variat, în special pe trunchi şi pe faţă. Se asociază de obicei cu hiperkeratoză palmară şi plantară, tulburări ale secreţiei sudorale şi simptome oculare.

Bibl. — WOLKOWSKI E.: *Przegl. Dermat. i Wener.*, 1959, 3, 219. (A.W.)

Franceschetti-Zwahlen, complexul simptomatic; *dysostosis mandibulo-facialis; mandibular arch syndrome.* Descris în 1889, iar ca complex simptomatic morfologic, de Franceschetti şi Zwahlen în 1944. În caz că se manifestă complet se caracterizează prin uitătură piezişă şi deformarea angulară a fantei palpebrale, în forma literei S, sau sub aspectul de coloboma la nivelul porţiunii externe a pleoapelor inferioare, dezvoltare incompletă a osului zigomatic şi a maxilarului inferior, microtie, macrostomie (deseori asociată cu anomalii ale arcadei dentare şi *mordex apertus),* fistule buco-otice, anomalii ale pilozităţii, frecvent în asociere cu alte anomalii, uneori cu complexul simptomatic Klippel-Feil (vezi). Trebuie diferenţiat în primul rînd de complexul simptomatic François care, dacă se referă la simptomele oculare, cuprinde nu numai simptome palpebrale, ci şi simptome generale. În deplinătatea sa, acest complex simptomatic a fost pentru prima oară descris de Pires de Lima şi Monteiro, în 1923. Se mai deosebesc încă 4 forme ale acestui complex simptomatic: 1) incompletă (fără simptome otice), descrisă în 1900 de Collins — complexul simptomatic Tratçher-Collins; 2) frustă (numai anomalii palpebrale), descrisă în 1889 de Berry; 3) unilaterală (rară); 4) atipică, prezentînd numai cîteva trăsături ale complexului simptomatic. Pînă în 1956

Scanned with OKEN Scanner

au fost descrise numai 121 de cazuri. Împreună cu complexele simptomatice Najet de Rinier, Goldenhaar, Hallermann-Streif, Ulrich-Fremery-Dohny, Wyers-Thier, François, reprezintă o formă a displaziei în regiunea segmentului embrionar al primului arc branhial. Poate că toate trebuie incluse la *status dysraphicus Bremer*. Etiologia este necunoscută. Apare ca urmare a întîrzierii sau tulburării procesului de dezvoltare în cea de a 7-a — a 9-a săptămînă de viaţă embrionară.

Bibl. — HOVARD T. L.: *A.M.A. Arch. Ophth.*, 1958, 59, 1 792. (A.W.)

Francis, boala; boala Parrinaud; boala Chary; *pestis minor; rabbit fever; cattle fly fever; yatopio* (japoneză); boala de iepure; tularemie. Descrisă în 1921. Determinată de *Bacterium tularense (Pasteurella tularense)*. Rezervorul agentului patogen îl reprezintă mamiferele (îndeosebi iepurii), iar vectori sînt diverse artropode. Infectarea omului se produce prin pielea lezată şi mucoase, prin tubul digestiv, căile respiratoare. Formele clinice: bubonică, oculo-bubonică, anginoasă, abdominală şi pulmonară. Din punct de vedere practic sînt importante reacţiile serologice şi intradermice. (A.W.)

Frank, boala; *anaemia aplastica acuta; aleukia haemorrhagica; aleucie aiguë;* anemia aplastică acută. Debutul este de obicei acut. Se caracterizează prin anemie, diateză hemoragică şi leziuni ulcero-necrotice ale cavităţii bucale. Splenomegalie moderată. Deseori stare febrilă. Hematologic se constată anemie manifestă şi lipsa semnelor de regenerare sanguină, leucopenie foarte accentuată cu un număr infim de granulocite, trombopenie. Examenul măduvei osoase evidenţiază apiazia întregului sistem osteo-medular. În splină se constată proliferare conjunctivă. Timpul de sîngerare şi timpul de coagulare sînt prelungite. Evoluţia poate fi supraacută, acută sau subacută. Etiologia este necunoscută. Prognosticul este defavorabil. (A.W.)

Frankl-Hochwardt, complexul simptomatic; *polyneuritis cerebralis menieriformis;* inflamarea nervilor VII-VIII, cu predominarea tulburărilor vestibulare. În fond este identic cu complexul simptomatic Ramsey-Hunt sau zona zoster a ganglionului geniculat, ca şi a nervilor VII şi VIII, la nivelul bulbului sau nucleului. La simptomele neurologice se asociază herpes al pavilionului urechii şi al limbii. (A.W.)

Freiberg, boala; vezi Kaller II, boala. (A.W.)

Frenkel, complexul simptomatic traumatic anterior; descris în 1916. Leziuni posttraumatice, vizibile în sectorul anterior al ochiului: midriază, hematom al camerei anterioare, mici rupturi ale marginii pupilare a irisului, opacifieri fine, punctiforme ale cristalinului, deseori subluxaţia acestuia, uneori smulgerea irisului de la bază.

Bibl. — FRENKEL: *Ann. Ocul.*, 1916, 153, 233. (A.W.)

Freud, complexul simptomatic; *aplasia cutanea circumscripta; local ectodermal defect.* Descris în 1945. Constă din existenţa unor defecte cutanate de întindere mică, cu localizare unică mediană pe trunchi sau simetrică la extremităţi. Se observă imediat la nou-născut. Se vindecă lăsînd cicatrice.

Bibl. — TOURAINE: *Bull. Méd.*, 1936, 50, 13, 213. (A.W.)

Frey Lucja (1923), sindromul nervului temporo-facial: transpiraţie abundentă şi înroşirea întregii jumătăţi a feţei, de partea procesului inflamator al glandei parotide, ca urmare a ingerării de alimente, a unui efort fizic sau intelectual susţinut sau a unor emoţii. Sindromul este produs de invadarea pielii de către filetele nervoase ale glandelor salivare. (A.W.)

Frey, simptomul „balconului": cap hidrocefalic, cu frunte bombată *(front bombé)*. (A.W.)

Friedmann, sindromul; encefalită posttraumatică, progresivă, vasomotorie, cu senzaţie de plenitudine cefalică, cefalee, vertij, irascibilitate, insomnie, fatigabilitate, tulburări de memorie. (A.W.)

Friedreich (1861), boala; *ataxia hereditaria;* ataxia medulară ereditară, prin leziuni ale rădăcinilor posterioare ale măduvei spinării. Boala debutează la vîrsta de 4—10 ani. Ataxia, care se manifestă prin nesiguranţă în mers, împiedicare şi cădere, se accentuează cînd ochii sînt închişi. După un anumit timp se asociază

Scanned with OKEN Scanner

ataxia mîinilor, tulburări de articulare a vorbirii, nistagmus, neliniște motorie *(instabilité choréiforme)*. Reflexele tendinoase dispar, apar reflexul Babinski și reflexele de apărare, ca semn al extinderii bolii la căile piramidale. Există tulburări ale sensibilității profunde și senzație de vibrație: sensibilitatea superficială este nemodificată. De asemenea există deformări osoase, sub forma de cifoscolioză și deformări ale plantelor (planta Friedreich, *pied bot)* sau plante atîrnînd vertical, cu halucele în poziția Babinski. Boala poate fi însoțită de oligofrenie. (A.W.)

Friedreich I, simptomul; creșterea intensității sunetului timpanic de percuție cînd se percută regiunea situată deasupra cavității conținînd aer, în timpul unei inspirații profunde. (A.W.)

Friedreich II, simptomul; colabarea venelor jugulare în timpul sistolei. Se observă în caz de simfiză pericardică *(concretio pericardi)*. (A.W.)

Friedrich, sindromul; *osteochondritis extrem. sternalis claviculae; ostéochondrite claviculaire*. Descris în 1924. Reprezintă necroza aseptică subcondrală a extremității sternale a claviculei, care determină edem dureros și eritem cutanat în regiunea articulației sterno-claviculare. Radiografia arată un focar de transparență crescută, în această regiune.

Bibl. — FRIEDRICH H.: *Dtsch. Zschr. Chir.*, 1924, 187, 385. (A.W.)

Froeschels, sindromul; *dysphasia associativa;* varietate a nevrozei verbale. Trăsătura caracteristică o reprezintă bîlbîiala. (A.W.)

Froehlich, complexul simptomatic; *abdominal muscle deficiency syndrome;* complexul simptomatic al lipsei mușchilor abdominali; descris în 1839. Lipsa totală sau parțială a mușchilor abdominali este însoțită de obicei de hidroureter, hidronefroză, megavezică, iar la băieți, criptorhidie.

Bibl. — 1. MATHIEU B. J.: *Pediatrics*, 1953, 42, 92.
2. DURHAM R. H.: Encyclopedia of medicals syndromes, New York, 1960. (A.W.)

Froehlich, sindromul; vezi Babinski-Froehlich, sindromul. (A.W.)

Froin, sindromul: colorarea icterică a lichidului cefalorahidian și precipitarea sa. Este unul dintre simptomele complexului de stază prin obstruarea spațiului subarahnoidian. Este determinat de un proces tumoral sau inflamator. (A.W.)

Frommel-Bandel, simptomul rupturii uterine iminente: inelul de retracție se deplasează la maximum posibil în sus sau are poziție oblică.

Bibl. — METZGER M.: L'accoucheur moderne, Paris, 1948. (A.W.)

Froment, simptomul; descris în 1925. Se caracterizează prin închiderea incompletă a ochiului și îndreptarea privirii în sus, de partea lezată. Se observă în caz de pareză ușoară a mușchiului orbicular al pleoapelor.

Bibl. — FROMENT: *Lyon Méd.*, 1925, 136, 611. (A.W.)

Froment, simptomul; în caz de leziune periferică a nervului cubital. Dacă bolnavul este pus să prindă bucățele de hîrtie între police și index, prima falangă a policelui rămîne dreaptă, a doua falangă este flectată, în timp ce degetul mijlociu, addus, susține indexul. (A.W.)

Froment (1929) — **Wegelin** (1946), sindromul; *chirobrachialgia parestetica nocturna*. Se observă mai frecvent la femei în vîrstă de 30—60 de ani; este în legătură cu hiperexcitabilitatea sistemului simpatic. Senzație de furnicături, „de curent electric", uneori spasme dureroase, arsuri, care apar nocturn, uneori și diurn, în funcție de poziția mîinilor, și dispar după masaj; nu se însoțește de tulburări vasomotorii. (A.W.)

Fuchs, *atrophia gyrata chorioidea et retinae; chorioideremia Mauthnera* (în ultima vreme se consideră că este vorba de boli diferite); *atrophia totalis; Atrophie der Chorioidea; Retinochoroidealdegeneration*. Descrisă în 1895 de Kattler și Fuchs (deși cazuri au fost semnalate și anterior de Heye-Nettleship, Lang, Gunn, Ole Bull, Krinos, Jakobson) și în 1899—1900 de Bednarski. Se caracterizează prin atrofia primitivă a coroidei, a epiteliului pigmentar sau și a altor straturi ale retinei, de asemenea a nervului optic. Atrofia debutează prin apariția unor pete rotunde, în formă de ghirlandă, la periferia fundului de ochi; acestea se extind în sus, uneori rămînînd indemne numai mici insule

Scanned with OKEN Scanner

în regiunea petei galbene şi a papilei nervului optic, precum şi macula (restul fundului de ochi fiind alb). Secundar apar atrofia papilei optice şi retinei şi acumulări caracteristice de pigment la periferie. Simptomele subiective sînt: ambliopia crepusculară, scăderea acuităţii vizuale, îngustarea progresivă a cîmpului vizual. Prognosticul este extrem de defavorabil. Se observă simultan cu degenerescenţa pigmentară a retinei. Forma atipică a acestui complex simptomatic se observă în miopie. Etiologia este necunoscută. Se transmite ereditar, pe tipul recesiv.

Bibl. — 1. BEDNARSKI A.: *Postepy Okul.*, 1900, 2, 389, 425.
2. SEBESTYEN J.: Ophthalmologica, 1959, 138, 336. (A.W.)

Fuchs, *coloboma; conus crescent.* Descrisă de Liebreich în 1859 şi de Schnabel în 1874; Fuchs a diferenţiat-o în 1882 de semiluna de distragere din miopie. Se caracterizează printr-o semilună luminoasă la limita subtemporală a nervului optic, care are, în acelaşi timp, aspectul unui oval vertical. Este un viciu de dezvoltare (apare la embrionul de 8—13 mm lungime) şi constă din prezenţa unui defect al epiteliului pigmentar şi coroidei, care poate fi constatat la nou-născut. Defectul nu progresează cu vîrsta şi nici nu se observă simptome de degenerescenţă; refracţia este deseori ca în hipermetropie. Nu are importanţă clinică.

Bibl. — MANN I.: Developmental abnormalities of the eye, Londra, 1957. (A.W.)

Fuchs, distrofia irisului; *dystrophia corneae epithelialis.* Descrisă în 1910. Constă din opacifierea cenuşie a epiteliului şi porţiunii subepiteliale a centrului corneei. Se caracterizează prin 3 simptome: 1) epiteliul este presărat cu vezicule care pot confluа în bule; 2) parenchimul este mai opacifiat şi mai îngroşat în centru decît la periferie, în straturile profunde existînd filamente; 3) lezarea membranei Descemet şi a endoteliului, sub forma de *cornea guttata* şi pigmentarea suprafeţei posterioare a corneei. Sensibilitatea corneei este foarte deseori scăzută, iar uneori lipseşte cu desăvîrşire. Acuitatea vizuală este întotdeauna scăzută. Boala evoluează mulţi ani şi determină opacifierea parenchimului cornean. Se observă după o keratită gravă, după glaucom, dar şi la persoanele sănătoase, îndeosebi după vîrsta de 50 de ani. Este de cele mai multe ori bilaterală şi se constată mai ales la femei. Etiologia este necunoscută. Unii autori o pun în legătură cu aşa-numita *cornea guttata Vogt,* în care leziunile distrofice, primitive, se observă în endoteliu, de unde denumirea actuală de *endothelial and epithelial dystrophy of the cornea.*

Bibl. — KLIEN B. A.: *Amer. J. Ophth.*, 1958, 46, 297. (A.W.)

Fuchs, irisul, de culori deosebite; vezi *Fuchs,* complexul simptomatic. (A.W.)

Fuchs, keratita; *keratoconjunctivitis epidemica; keratitis nummularis; keratitis superficialis punctata.* Descrisă în 1889. Apare asociată cu simptomele de inflamaţie a căilor respiratoare superioare, adeseori cu cefalee, curbatură, adenopatie preauriculară. Oftalmologic, se observă simptome de conjunctivită foliculară acută, uneori violentă, cu formarea de pseudomembrane. După 6—10 zile simptomele corneene acute încetează şi apar foarte fine infiltrate punctiforme, de culoare cenuşie. După cîteva zile acestea se măresc ajungînd pînă la 0,5—0,7 mm în diametru, cu tendinţă la confluare (dacă aceasta are loc, boala poate să dureze cîteva luni). Infiltratele sînt dispuse în stratul cel mai superficial al corneei, sub capsula Bowmann. Se concentrează de obicei în partea centrală a corneei, dar pot ocupa întreaga ei suprafaţă. Acuitatea vizuală este uneori foarte mult scăzută. Boala durează cîteva săptămîni (cel mai adesea 1—4); în majoritatea cazurilor leziunile involuează, uneori rămînînd o opacifiere (după infiltrate inelare mari) care poate persista pînă la 2—3 ani. Complicaţiile apar mai ales la adulţi. Este probabil vorba de o infecţie virotică.

Bibl. — SOBANSKI I.: *Pol. Tyg. lek.*, 1947, 2, 532. (A.W.)

Fuchs, keratita flictenulară (buloasă); *lamellar stratification.* Descrisă în 1881. Este vorba de un tip rar de degenerescenţă a corneei, sub forma de vezicule mai mici sau mai mari, în porţiunea epiteliului edematiat. Prin spargerea lor se formează exulceraţii superficiale şi se asociază procese inflamatoare secundare. Se întîlneşte

Scanned with OKEN Scanner

în cazurile de cecitate de mult instalată, ca urmare a unei iridociclite sau unui glaucom; se observă însă şi după operaţia de cataractă, precum şi în timpul evoluţiei distrofiei retiniene Fuchs.

Bibl. — FORGACS J.: *Brit. J. Ophth.*, 1960, 44, 385. (A.W.)

Fuchs, keratita marginală superficială; descrisă în 1893. Este o formă mai uşoară a ulcerului marginal Fuchs (vezi). (A.W.)

Fuchs, mielodisplazia; vezi Bremer, sindromul. (A.W.)

Fuchs, pata neagră; pata pigmentară Fuchs; degenerescenţa maculară Fuchs; pata Foerster-Fuchs. Descrisă de Foerster în 1862, de Lemus în 1875 (la data aceea unicele observaţii anatomice!) şi de Fuchs în 1901. În cazurile de miopie forte apare o leziune cu localizare în special centralmaculară, avînd dimensiunea a 3 diametre ale papilei optice, rotunjită sau circulară (uneori triunghiulară), de culoare cenuşie-deschisă pînă la vineţiu, pe alocuri pînă la negru. Leziunea este situată în stratul anterior sau mijlociu al retinei. Se observă simultan cu alte complicaţii obişnuite ale miopiei, de patru ori mai frecvent la femei, cel mai adeseori bilateral. Scăderea acuităţii vizuale depinde de localizarea, întinderea şi intensitatea leziunilor, iar uneori şi de hemoragii. Uneori, chiar după mulţi ani, boala se ameliorează, dar acuitatea vizuală se stabilizează de obicei în jur de 0,1. Drept cauză se consideră hiperplazia gliei, cu deplasarea pigmentului în locul elementelor nervoase atrofiate.

Bibl. — BEIN K.: *Klin. Oczna*, 1932, 10, 105. (A.W.)

Fuchs, simptomul; descris în 1895. Cînd bolnavul priveşte în jos se produc ridicări spastice involuntare ale pleoapei, uneori asociate cu mişcarea ochiului. Se observă în perioada de involuţie a parezei nervului oculomotor. Se admite că este în legătură cu regenerarea defectuoasă a fibrelor lezate.

Bibl. — ALAJOUANINE T., CASTAIGNE P., LHERMITTE F., FOURNIER E.: *Rev. Neurol.*, 1956, 95, 426. (A.W.)

Fuchs, ulceraţia marginală; *metastatic marginal ulcer.* Descrisă în 1893. Apare la vîrstă înaintată, din infiltratele marginale ale corneei, fără inflamaţia conjunctivei. Are evoluţie benignă. Pare să reprezinte faza terminală a distrofiei corneene Salzmann. Etiologia este necunoscută, poate alergică.

Bibl. — FUCHS E.: Lehrbuch der Augenheilkunde, Wien, 1893. (A.W.)

G

Galant (1926), reflexul; reflexul fiziologic spino-iliaco-abdominal *(spino-iliaco-abdominalis).* Constă din contracţia încrucişată sau bilaterală a muşchilor abdominali, consecutivă percuţiei la nivelul spinei iliace antero-superioare. (D.B.)

Galezowski-Parinaud, complexul simptomatic; conjunctivita Parinaud; boala ghearelor de pisică oculo-glandulară *(oculoglandular catscratch disease);* descris în anul 1899. Se caracterizează prin conjunctivita infecţioasă unilaterală, care

Scanned with OKEN Scanner

amintește la prima vedere trahomul. Membrana conjunctivală este detașabilă, cu depozite de fibrină destul de abundente (uneori purulente). Corneea nu este lezată. Pleoapele sînt edematoase. Se mărește limfoganglionii paraauriculari, iar mai tîrziu cei cervicali. Temperatura este crescută, însă doar moderat și tranzitoriu. Edemul limfoganglionilor paraauriculari diminuează în 5 săptămîni, al celorlalți dispare sau limfoganglionii supurează. Vindecarea spontană se produce în 4—5 luni, fără formarea de cicatrice conjunctivale. Etiologia nu este cunoscută; în unele cazuri s-au diagnosticat tuberculoza, tularemia, ciuperca *Leptothrix*, *Microbacillus polymorphus necroticans*, *Corynebacterium pyogenes*, dar la majoritatea bolnavilor nu se găsește cauza.

Bibl. — STOJALOWSKI K.: *Pol. Tyg. lek.*, 1954, 9, 1 611. (O.B.)

Ganser, sindromul; pseudodemență care apare în psihozele de închisoare, în reacțiile de situație sau isterice. Ca rezultat al unei anumite tulburări a conștiinței, bolnavii răspund fără sens la întrebările cele mai simple, ceea ce dă impresia unei simulări premeditate a unei boli psihice. (D.B.)

Garcia-Sogers, simptomul; simptomul nufărului plutitor; simptomul gheții plutitoare. Prezența, pe radiografia toracică, de opacități caracteristice, după ruperea veziculei echinococice (umbra peretelui vezicular și umbra membranei), inițial sub forma a două arcuri, care, după ruperea veziculei, par să reprezinte imaginea unui nufăr plutitor sau a unui bloc de gheață plutitor. (D.B.)

Garcin (1927), simptomul; în tumorile bazei craniului; tipic pentru neoformațiile conjunctive ale rino-faringelui. Constă în absența simptomelor de hipertensiune intracraniană, a tulburărilor senzitive și motorii ale trunchiului și extremităților, cu hemiplegia nervilor cranio-encefalici.

Bibl. — GARCIN R.: La syndrome paralitique unilatéral global, Paris, 1927. (D.B.)

Gardner (1947), boala; nevralgia pietroasă *(neuralgia petrosa)*; în leziunile nervilor pietroși superficiali (sindromul dureros). (D.B.)

Garel-Bürger, simptomul; în timpul explorării diafanoscopice a sinusurilor nazale secundare. Cînd bolnavul este cu ochii închiși și se introduce lampa diafanoscopului în gură, ochiul reacționează la lumină numai de partea sănătoasă. (D.B.)

Garland, triunghiul; semnul prezenței de lichid în pleură: decelarea unui spațiu triunghiular, cu zgomot percutoriu mai clar, deasupra matității exsudatului mărginit de coloana vertebrală, limita superioară a matității și linia dreaptă orizontală care unește punctul cel mai de sus al matității cu linia scapulo-vertebrală. (D.B.)

Garré, osteomielita; osteomielita cronică sclerozantă *(osteomielitis chronica scleroticans)*; descrisă în 1891. Constă dintr-un proces inflamator benign în țesutul osos, care se prelungește uneori cîțiva ani și duce la îngroșarea osului (osteoscleroză). Se observă în special la oasele lungi, cel mai frecvent la tibie. Uneori poate duce la obliterarea canalului osteomedular. Bolnavul prezintă dureri intense, tensive la nivelul osului, în special noaptea, cu creșterea neînsemnată a temperaturii.

Bibl. — COLLONA P. C.: *Reg. Orthop. Surg.*, 1950, 78. (D.B.)

Gasparini, sindromul; în leziunile tavanului punții *(tegmentum pontis)* cerebrale. Constă în afectarea perechilor de nervi a V-a, a VI-a, a VII-a, a VIII-a, cu tulburări de sensibilitate la nivelul extremităților superioare și inferioare de partea opusă focarului. (D.B.)

Gasser, boala; eritroblastopenia acută *(akute Eryhtroblastopenie)*; reticulocitopenia acută *(akute Reticulocytopenie)*; descrisă în 1949. Constă în crize acute, care duc la anemie. În sîngele periferic se decelează dispariția periodică a reticulocitelor, frecvent leucopenie și eozinofilie, uneori trombocitopenie. Tabloul măduvei oaselor arată absența periodică a eritropoiezei, cu apariția de proeritroblaști giganți anormali, creșterea proporției de plasmocite și eozinofilie. În serul sanguin este crescut nivelul fierului și cuprului. Etiologia este probabil alergică. Prognosticul este în general favorabil.

Bibl. — GASSER C., KARRER P.: *Helv. Paediat. Acta*, 1949, 4, 107. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Gasser-Karrer, boala; anemia hemolitică a prematurilor *(hämolitische Frühgeburtenanämie)*. Este o varietate a bolii Gasser, de care se diferenţiază prin faptul că afectează doar prematurii în primele zile de viaţă.

Bibl. — GASSER C., KARRER P.: *Helv. Paediat. Acta*, 1948, 3, 387. (D.B.)

Gastaud, sindromul; epilepsia posthemiplegică *(epilepsia posthemiplegica)* Gowers. Constă în crize de convulsii unilaterale, hemiplegie, epilepsie *(hemiconvulsiones, hemiplegia, epilepsia)*; formă a paraliziei infantile acute, consecutiv căreia apare epilepsia.

Bibl. — GASTAUD: *Rev. Neurol.*, 1957, 97, 1, 37. (D.B.)

Gaucher, boala. Este frecvent congenitală sau ereditară. Debutul bolii se observă încă din perioada neonatală sau la copil. Este o boală a sistemului reticulohistiocitar în care apar celule gigante Gaucher, cu acumulare în citoplasma lor de kerazină (cerebrozid). Clinic se constată mărirea importantă a splinei, ceva mai uşoară hepatomegalie, uneori hipertrofia limfoganglionilor, culoarea gălbuie a conjunctivei, coloraţia galbenă a pielei (hemosiderozică), întîrziere în dezvoltarea intelectuală şi fizică.

Bibl. — TEMPKA T.: Choroby układu krwiotworczego, Varşovia, 1953. (D.B.)

Gaucher, boala; pseudotuberculoza aspergilară *(pseudotuberculosis aspergillaris)*; pseudotuberculoza aspergilară simplă *(pseudotuberculose aspergillaire simple)*; pneumonomicoza (Pneumonomykose); aspergiloza plămînilor; descrisă la sfîrşitul secolului al XIX-lea. Este foarte asemănătoare clinic cu tuberculoza pulmonară: astenie, epuizare, subfebrilitate, tuse, junghi toracic; este produsă de ciuperca *Aspergillus*, de obicei *Aspergillus fumigatus*. Pentru diagnostic, determinant este examenul sputei (spori şi filamente de ciupercă). (D.B.)

Gaule, petele; descrise în 1871. Degenerarea strict delimitată din keratita paralitică. (D.B.)

Gaupp, boala; vezi Thompson, boala. (D.B.)

Gauss, simptomul I: rărirea frecvenţei pulsului fătului, uneori pînă la 100/min., în perioada angajării capului fetal. Este produsă probabil de compresiunea puternică şi favorizată de dimensiunile mari ale capului fătului.

Bibl. — KOLLER T.: Lehrbuch der Geburtshilfe, vol. II, Basel, 1948. (D.B.)

Gauss, simptomul II: mobilitatea excesivă a uterului la nivelul istmului, în primele luni de gestaţie.

Bibl. — VOLKMANN H.: Medizinische Terminologie, München-Berlin, 1951. (D.B.)

Gayelin-Bowle-Penfield (1929), boala; endarterita calcificantă a encefalului *(endarteriitis calcificans cerebri)*: focare mari, difuze, neregulate de calcificare, de formă ombilicată, în creier. Simptomele neurologice depind de întinderea modificărilor vasculare. Uneori apare sub forma de paroxisme epidemice. (D.B.)

Gayet (1875) — **Wernicke** (1880), sindromul; polioencefalita superioară hemoragică *(polioencephalitis superior haemorrhagica)*; encefalita alcoolică *(encephalitis alcoholica)* Gayet-Wernicke; encefalopatia alcoolică *(encephalopathia alcoholica)*; pseudoencefalita *(pseudoencephalitis)*. Debutul este brusc, cu stare de somnolenţă *(somnolentia)* uneori cu stare de obnubilare, amnezie, ca în sindromul Korsakov. Se asociază simptome neurologice, ca oftalmoplegia (leziunea perechii a III-a de nervi), nistagmus, ataxie, disartrie, reflex Babinski, mioclonii, uneori edemul nervului optic. La necropsie se găsesc focare hemoragice mici în vecinătatea ventriculului al III-lea şi a apeductului Sylvius. În patogenie se dă importanţă mare deficitului în vitamina B, consecutiv intoxicaţiei cronice cu alcool.

Bibl. — THIEBAUT: *Strasbourg méd.*, 1955, 6, 8. (D.B.)

Geiger, reflexul; corespunde, la femei, reflexului cremasterian. Percuţia pe faţa internă a coapsei produce contracţie musculară la nivelul cicatricei ombilicale. (D.B.)

Gelineau (1880), boala; narcolepsia esenţială *(narcolepsia essentialis)*; nevroză în care apare necesitatea neaşteptată şi imperioasă de a adormi, de obicei de scurtă durată. Crizele narcoleptice apar întotdeauna în timpul zilei. Înainte de a adormi bolnavul are timp să se aşeze, pen-

Scanned with OKEN Scanner

tru a nu cădea. Stările narcoleptice pot fi legate de un proces inflamator cerebral vechi, de o tumoare a regiunii infundibulo-tuberoase şi a planşeului ventriculului al III-lea de un traumatism. (D.B.)

Gensoul, boala; angina Ludwig; flegmonul fundului cavităţii bucale. Se manifestă printr-un infiltrat dur, dureros al fundului cavităţii bucale, sialoree, dificultate în vorbire şi în deglutiţie. Poate produce dispnee. Cauza bolii este de cele mai multe ori un proces inflamator de origine dentară. (D.B.)

Gerard-Marchant, fractura; formă rară de fractură a epifizei distale a radiusului, caracterizată prin deplasarea importantă în afară a fragmentului distal. (D.B.)

Gerard-Marchant, simptomul; în hematomul epidural. Constă din hemoragie în regiunea temporo-parietală cu edem difuz al acestei zone; aceasta este atît de dureroasă la palpare, încît manevra de palpare scoate bolnavul din starea de torpoare. (D.B.)

Gerbassi, boala; anemia megaloblastică *(megaloblastic anemia);* anemia pernicioziformă a sugarului *(anemia perniciosiforma in lattanti);* anemia pseudobiermeriană a sugarului *(pseudo-Biermer Anämie des Säuglings);* anemia pseudopernicioasă a sugarului *(pseudoperniziöse Säuglingsanämia);* anemia megaloblastică reversibilă a copilului mic *(reversible Megaloblastenanämie des Kleinkindersalters);* descrisă în 1940. Se observă numai la sugari. Este o anemie pseudomalignă, asemănătoare celei biermeriene, de care se diferenţiază, între altele, prin dispariţia simptomelor. Anemia este hipercromă, macrocitară, fără megaloblastemie, cu rare megalocite, limfocitoză, uneori trombopenie, reticulocitopenie. În măduva oaselor există megaloblastoză şi normoblastoză, este crescut numărul histiocitelor. Hipoaciditate histaminosensibilă. Se asociază cu un sindrom neurologic — parkinsonismul prematurilor. Tegumentele sînt palide, cu nuanţă subicterică; hipotrofie, edeme, disfagie, mărirea ficatului şi splinei. Cauza este alimentaţia cu lapte de mamă excesiv de prelungită şi insuficienţa factorilor antianemici. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — GERBASI F.: *Pediatria (Torino),* 1940, 48., 505. (D.B.)

Gerhard, complexul simptomatic; în paralizie. Descris în 1863. Este o denumire care nu se mai utilizează astăzi, pentru paralizia corzilor vocale de etiologie variată. (D.B.)

Gerhardt, simptomul I: decelarea unei zone de matitate lenticulară, care se subţiază proximal, la stînga sternului, imediat deasupra limitei superioare a matităţii absolute a inimii. Se observă în cazurile de persistenţă a canalului Botall şi de insuficienţă organică a valvulelor arterei pulmonare. (D.B.)

Gerhardt, simptomul II: modificarea invers proporţională a tonalităţii zgomotului percutoriu timpanic deasupra unei caverne, în raport cu mărimea diametrului cavităţii. Se decelează mai clar în cavernele care conţin lichid şi aer. (D.B.)

Gerhardt, sindromul sau boala; eritromelalgia; vezi Mitchell, sindromul. (D.B.)

Gerlier (1897), sindromul; vertijul paralizant *(vertigo paralysans);* kubisaguri a autorilor japonezi. Se caracterizează prin apariţia periodică a paraliziei flasce, asociată cu diplopie, cecitate şi ameţeli. (D.B.)

Gerstmann, simptomul; agnozia degetelor. Tulburare limitată a schemei corporale, produsă de un focar localizat în zona posterioară a circumvoluţiei angulare *(gyrus angularis)* stîngi. (D.B.)

Gerstmann, sindromul; sindromul circumvoluţiei angulare *(gyrus angularis);* în leziunile localizate la nivelul arterei angulare *(arteria angularis).* Constă în prezenţa simultană a apraxiei, agnoziei tactile a degetelor, acalculiei, afaziei amnestice şi alexiei. (D.B.)

Ghilearovski, sindromul; palinergia; perseveraţie motorie, care se observă în boala Pick. (D.B.)

Giacomini, sindromul; microcefalia adevărată *(microcephalia vera).* Deficienţă a dezvoltării psihice, cu modificări neurologice tipice pentru encefalopatie (epilepsie, atetoză şi simptome spastice. (D.B.)

Giannini, simptomul; constă în modificările coloraţiei fundului de ochi de la cenuşiu-galben-roz la roz-viu după ce bolnavul a stat cîtva timp (de la o jumătate de ceas pînă la cîteva ore) în întuneric. Se observă în boala Oguch; vezi aceasta. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Gianotti-Crosti, complexul simptomatic; dermatita eruptivă a extremităţilor la copii *(dermatite éruptive des extremités chez les enfants);* descris în 1955. Este probabil o reticuloendotelioză infecţioasă de origine virotică, deşi această ipoteză nu a fost confirmată experimental. Sînt descrise şi cazuri care au complicat o infecţie de focar sau s-au dezvoltat după vaccinarea antivariolică, precum şi după administrarea adalinei. La copii apare o erupţie micropapuloasă, dispusă simetric pe extremităţi, pe obraji şi, cel mai intens, la nivelul coapselor şi feselor. Boala se însoţeşte de mărirea discretă a limfoganglionilor (inghinali, axilari). Erupţia durează de la 2 pînă la 8 săptămîni, lăsînd după dispariţie descuamaţie.

Bibl. — DUPERRAT B., PUISSANT: *Presse méd.*, 1958, 83, 1 862. (D.B.)

Gibbs, boala; *hypsarhythmia;* boala crizelor de înclinare, la nou-născut. Apare la vîrsta de 1—10 luni. Constă din regresiune psihică, oprirea în dezvoltare, crize de epilepsie, de obicei cu componentă mioclonică. Duce rapid la demenţă şi sfîrşit fatal.

Bibl. — SOREL, DU SAUSY-BAULOYE: *Acta neur. psych. belg.*, 1958, 58, 140. (D.B.)

Gibert, boala; pitiriazisul rozaceu *(pityriasis rosea); (herpes tonsurans maculosus* Hebra-Kaposi); pitiriazisul circinat şi maculos *(pytiriasis circinata et maculata)* Duhring; lichenul rozaceu; descrisă în 1860. Se presupune o etiologie infecţioasă (virus filtrant). După 6—8 zile de la apariţia primei pete se produce generalizarea elementelor eruptive, sub forma de macule cu descuamaţie la periferie. Procesul durează 6—8 săptămîni şi se poate opri spontan. Localizările tipice sînt trunchiul şi feţele de extensie ale extremităţilor. (D.B.)

Gierke, sindromul; sindromul van Creveld; glicogenoza *(glycogenosis, Glikogenose);* hepatonefromegalia glicogenică *(hepatonefromegalia glicogenica);* hepatomegalia glicogenică *(hépatomégalie glicogénique);* tezaurismoza glicogenică *(Glicogenspeicherkrankheit);* glicogenoza *(Glikogenose);* boala Gierke. A fost descris de van Creveld în 1928 şi de Gierke în 1929. Este o tulburare a metabolismului hidrocarbonatelor, cu depunerea glicogenului în ficat, rinichi, miocard; imposibilitatea de metabolizare a acestuia duce la hepatomegalie importantă, hipoglicemie, crize hipoglicemice, sensibilitate crescută faţă de insulină. În sînge se decelează o acidoză cetonică şi hipercolesterinemie; există rezistenţă scăzută faţă de bolile infecţioase, osteoporoză.

Bibl. — GIERKE E.: *Beitr. path. Anat.*, 1929, 82, 497; CREVELD S.: *Z. Kinderheilk.*, 1932, 52, 299. (D.B.)

Gifford, simptomul; descris în 1906. Se caracterizează prin dificultatea de a răsfrînge pleoapele superioare. Se observă în Boala Basedow şi în cazurile de retracţie miogenă a pleoapelor.

Bibl. — GIFFORD: *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 1906, 44, 4, 201. (D.B.)

Gifford-Galassi, reflexul: diminuarea pupilei, produsă de efortul de a închide pleoapele pe care mîna medicului le ţine deschise. (D.B.)

Gilbert, sindromul; colibaciloza *(colibacillosis);* produs de bacilul coli; descris în 1893. Este o denumire veche, care include toate aspectele de septicemie produsă de colibacil. Printre diferitele forme de septicemie cu caracter endogen se distinge sindromul Heitz-Boyer — septicemie enterorenală *(sepsis enterorenalis)* — şi sindromul Abrami — septicemia enterohepatică *(sepsis enterohepatica).* (D.B.)

Gilbert-Ballet, sindromul; insomnia periodică *(insomnia periodica).* (D.B.)

Gilbert-Hanot, complexul simptomatic; steluţele vasculare *(étoiles vasculaires).* Ectazia stelată a vaselor feţei la femeile în vîrstă de peste 40 de ani; se observă pe nas, frunte, obraji, uneori şi pe faţa dorsală a mîinilor. Pot avea aspectul de ectazii vasculare arborescente, cu ramificaţii fine, în jurul unui punct roşu pulsatil. Se pot complica cu hepatopatie.

Bibl. — GRANCIANSKY, BOULLE: Atlas de dermatologie, 1952. (D.B.)

Gilchrist, boala; blastomicoza dermatitică *(blastomycosis dermatitidis);* blastomicoza nordamericană; descrisă în 1896. Este produsă de ciuperca *Blastomyces dermatitidis.* Poarta de intrare sînt tegumentele sau căile respiratorii. Este o boală cronică, în care (în forma cutanată) se

Scanned with OKEN Scanner

formează numeroase pustule şi granuloame pe piele. În forma generalizată (primitiv sau secundar) boala începe cu bronşită, după care apar modificări radiologice, ca cele din tuberculoză (diseminare pe cale bronşică), de obicei într-un plămîn. Leziuni diseminate se pot găsi în diferite organe; există tendinţa la formare de fistule. Se observă în America de Nord, fiind afectaţi aproape exclusiv bărbaţii.

Bibl. — CONANT N. E. şi colab.: Manual of Clinical Mycology, Ed. Saunders, 1954. (D.B.)

Gilford, complexul simptomatic; boala Hutchinson-Gilford; infantilismul *(infantilismus)*; senilismul *(senilismus)* Gilford; progeria Harting; nanismul suprarenal *(nanismus suprarenalis)*; a fost descris de Hutchinson în 1886 şi de Gilford în 1897. Constă în întîrzierea creşterii şi aspectul senil al copiilor: nanism, cu păstrarea proporţiilor, aspect bătrînicios, pielea sbîrcită, subţire, păr subţire care cade repede, unghii atrofiate; dinţii provizorii nu se schimbă timp îndelungat. Se observă de asemenea hipogenitalism, osteoporoză şi fragilitate osoasă, atrofia musculară, arterioscleroză prematură, frecvent hemoragie cerebrală la vîrsta tînără. De multe ori, bolnavii nu depăşesc vîrsta de 20 de ani. Cauza este cu mare probabilitate tulburarea funcţiei creierului intermediar şi a glandelor endocrine.

Bibl. — WIEDEMANN H. K.: *Arch. Kinderheilk.*, 1948, 35, 169. (D.B.)

Glanzmann, boala; trombastenia hemoragică ereditară *(thrombastenia haemorrhagica hereditaria)*; descrisă în 1916. Primele simptome apar la copilul mic sub forma de epistaxis, hemoragii cutanate şi mucoase. În perioadele de exacerbare a hemoragiilor apare anemia. Numărul de trombocite este normal; este scăzut doar în perioadele de hemoragie; morfologia trombocitelor este modificată (megatrombocite, microtrombocite) şi există o capacitate diminuată a acestora de a se aglutina. Funcţionalitatea trombocitelor este scăzută, ceea ce duce la încetinirea retracţiei cheagului. Coagularea sîngelui este normală, iar timpul de sîngerare este prelungit. Prognosticul este rezervat în cazurile grave.

Bibl. — GLANZMANN E.: *Jb. Kinderheilk.*, 1918, 88, 1. (D.B.)

Glaser (1928), sindromul; nevralgia facială atipică *(neuralgia facialis atypica)*. Constă în dureri faciale unilaterale asociate cu crize de simptome din partea simpaticului, ca rinoree, lăcrimare, sialoree etc. (D.B.)

Glénard (1866), complexul simptomatic; boala Glénard; gastroenteroptoza *(gastroenteroptosis)*; splanhnoptoza *(splanchnoptosis)*. Constă în ptoza viscerelor (stomac, intestin, ficat, rinichi), deseori fără simptome subiective. Pot să existe senzaţia de compresiune în regiunea epigastrică, dureri surde în abdomen, în regiunea lombară, eructaţii, inapetenţă, constipaţie, cefalee şi ameţeli, palpitaţii. În decubit dorsal, toate aceste simptome dispar. Sînt caracteristice abdomenul flasc, hipotonia peretelui abdominal, deseori diastază a dreptţilor abdominali. Complexul simptomatic se observă la subiecţii de constituţie astenică, cu tegumente şi ligamente flasce sau este rezultatul unei slăbiri rapide şi distensiei peretelui abdominal, de cele mai multe ori la femeile multipare. (D.B.)

Glénard, simptomul: dispneea diminuează dacă bolnavului (de obicei astenic) i se ridică de cîteva ori cu mîinile abdomenul în timpul unei inspiraţii profunde. Se observă în hipotonia ţesutului pulmonar *(hypotonia pulmonum)*. (D.B.)

Glinski-Simmonds, boala; vezi Simmonds, boala. (D.B.)

Goldflam, apocamnoză; vezi Erb-Goldflam, boala. (D.B.)

Goldflam-Bragard, simptomul sciaticului; în sciatică. Este asocierea probei Lasègue cu proba Gowers: intensificarea durerii prin flexiunea dorsală a piciorului, asociată cu flexiunea concomitentă la nivelul articulaţiei coxo-femurale a extremităţii inferioare cu genunchiul în extensiune. (D.B.)

Golman, simptomul; în meningita cerebro-spinală. Constă în extensiunea halucelui, prin comprimarea genunchiului de pat, cînd bolnavul este în decubit dorsal. (D.B.)

Golomb (1929), reflexul; reflexul pubian *(pubic reflex)*; reflex fiziologic. Constă în contracţia muşchilor adductori ai coapsei prin percuţie la nivelul simfizei pubiene. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Goltz, reflexul (sau simptomul); descris în 1863. Încetinirea sau chiar oprirea reflexă a activităţii cardiace, consecutivă excitaţiei nervului vag de către procese dureroase la nivelul viscerelor abdominale (de exemplu biliară, colică intestinală, renală etc.) sau produse de lovitură pe abdomen (la broască). (D.B.)

Gonda (1942), reflexul; reflexul Grigorescu-Gonda-Allain; nou reflex de extensie *(new stretch reflex)*. Este o varietate a simptomului Bechterew-Marie-Foix şi o modificaţie a reflexului Babinski. Constă în extensiunea degetului mare de la picior prin flexiunea celorlalte 4 degete sau prin flexiunea şi extensia alternativă a unuia din degete. (D.B.)

Goodel, simptomul; în sarcina precoce: modificarea consistenţei colului uterin care este moale în gestaţie şi dur în absenţa acesteia. (D.B.)

Gordon (1904), reflexul; extensiunea halucelui prin compresiunea muşchiului triceps al gambei (vezi Babinski, reflexul). (D.B.)

Gordon, simptomul; reflexul din coreea Sydenham. Este un reflex de caracter tonic, sub forma unor serii de contracţii ale muşchiului cvadriceps al coapsei, care produce poziţia îndelungată în extensiunea genunchiului. (D.B.)

Gottron, complexul simptomatic; extremităţi de bătrîn *(acrogeria)*. Apare de la naştere şi se menţine în acelaşi grad în tot cursul vieţii, fără tendinţă la evoluţie. Ca şi în complexul simptomatic Werner există modificări caracteristice la nivelul segmentelor periferice ale extremităţilor, dar fără alte simptome (forma abortivă a complexului simptomatic Werner).

Bibl. — JABLONSKA, SEGAL, LUKASIAK: *Przegl. Derm.*, 1958, 8, 277. (D.B.)

Gottron, complexul simptomatic; papilomatoza carcinoidă a tegumentelor *(papilomatosis cutis carcinoides)*. Asemănătoare cu o neoformaţie blastomatoasă. La nivelul unor ulceraţii de durată lungă se dezvoltă treptat o hipertrofie boselată, cu hiperkeratoză, cu şanţuri şi depresiuni profunde, din care se scurge puroi. S-au observat cazuri de transformare în tumoare malignă.

Bibl. — GOTTRON CH. A.: *Dtsch. med. Wschr.*, 1957, 761, 777, 802, 815. (D.B.)

Gottron-Hudelo, complexul simptomatic; eritrokeratodermia simetrică progresivă *(erythrokeratodermia symmetrica progressiva)*; keratodermia eritematoasă în plăci diseminate *(keratodermia erythematosa en plaques disseminées)* Brocq-Dubreuilh; eritrodermia verucoasă în cîmpuri simetrice progresive *(erythrodermia verruqueuse en nappes symmetriques progressives)*. Este încadrat în eritrodermiile localizate de etiologie necunoscută, care pot să apară imediat după naştere, dar uneori şi mai tîrziu. Se manifestă prin apariţia de plăci de diferite dimensiuni şi forme (eritematoase sau eritematodescuamative), care se diseminează lent. Unii autori consideră eritrokeratodermia ca o varietate atipică, localizată, a eritrodermiei ihtiozice congenitale Brocq. Se pot dezvolta epitelioame spino-celulare (Milian Lotte).

Bibl. — GANS O., KOCHS A.: *Hautarzt*, 1951, 9, 389. (D.B.)

Gougerot, complexul simptomatic; parakeratoza strălucitoare *(parakeratose brillante)*. Etiologie necunoscută. Constă în apariţia pe partea superioară a trunchiului de focare mici (cu diametrul pînă la 20 mm) de piele subţiată, cu aspect de hîrtie de ţigară, ridicată, de culoare normală sau roz-brună, opalescentă. Datorită faptului că boala este asociată uneori cu elemente tipice de papilomatoză confluentă şi reticulară *(papillomatosis confluens et reticularis)* este considerată ca varietate benignă a ultimei.

Bibl. — POPCHROSTOW P., KAPNIKOW S.: *Ann. Derm. Sif.*, 1957, 84, 523. (D.B.)

Gougerot, triada; boala trisimptomatică a lui Gougerot *(maladie trisymptomatique de Gougerot)*; alergia cutanată nodulară *(allergie cutanée nodulaire)*; boala Gougerot; descrisă în 1951. Etiologia nu este elucidată, se presupune o cauză toxic-alergică. Se găsesc noduli şi tuberculi cutaneo-subcutanaţi dureroşi, hemoragii diseminate, elemente polimorfe (eritematoase, sub forma de urticarie), temperatură corporală ridicată, uneori artralgii şi astm bronşic, simptome de endocardită.

Bibl. — GOUGEROT CH., DUPERRAT, MIKOL C.: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1951, 58, 386. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Gougerot-Blum, boala; dermatita pigmentară lichenoidă *(dermatitis pigmentosa lichenoides);* purpura angioscleroasă pruriginoasă cu elemente lichenoide *(purpura agioscléreux avec eléments lichenoïdes);* dermatita hemoragică pigmentară lichenoidă; descrisă în 1925. Etiologie necunoscută. Pe fondul unei capilarite cronice, cel mai frecvent la nivelul extremităţilor inferioare, alături de papule lichenoide şi pete pigmentare hemosiderinice, apar elemente hemoragice, dispuse simetric. Starea generală este bună, evoluţia este cronică.

Bibl. — KOZLOWSKI J., LUKASIAK B.: *Przegl. Derm.*, 1957, 1, 27. (D.B.)

Gougerot-Carteaud, complexul simptomatic; papilomatoza confluentă şi reticulară *(papillomatosis confluens et reticularis, papillomatose confluente et reticulée);* papilomatoza cutanată *(cutaneous papillomatosis)* Wishe-Sachs; eritrokeratodermia papilară şi reticulară *(erytrokeratodermia papillaris et reticularis)* Miescher; a fost descris în 1928. Importanţă deosebită au tulburările endocrine (glanda tiroidă), dar poate şi insuficienţa vitaminei A. Clinic, boala se aseamănă cu *pseudoacanthosis nigricans.* Miescher a subliniat caracterul eritematoinflamator al bolii. Papule plane, mici, care nu se descuamează, se unesc în plăci sau se dispun sub forma de reţele. Focarele patologice au o culoare brună sau roşie-brună, se localizează cel mai frecvent pe trunchi. Boala poate începe în copilărie, deşi de cele mai multe ori apare între 20 şi 40 de ani.

Bibl. — GOUGEROT CH., CARTEAUD A.: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1928, 35, 230. (D.B.)

Gougerot-Eliascheff, complexul simptomatic; cheilita nodulară *(cheilitis nodularis);* inflamaţia papuloasă a buzei; descris în 1936. În grosimea buzei inferioare apare — fără cauză vizibilă — un nodul unic, mic, dur, nedureros. Poate dispărea spontan.

Bibl. — GOUGEROT, ELIASCHEFF: *Arch. derm. syph. (Paris),* 1936, 8, 878. (D.B.)

Gougerot-Favre-Chaix, boala; dermita ocră a membrelor inferioare *(dermite ocre des membres inférieurs);* descrisă în 1921—1924. Este inclusă în tulburările pigmento-atrofice. Se manifestă prin apariţia de pete sau reţele de culoarea cafelei cu lapte sau castanie-închisă cu nuanţă galbenă, uneori cianotică, cu numeroase ectazii ale vaselor mici (vene şi capilare) şi cu hemoragii punctiforme. Pigmentarea este rezultatul inflamaţiei cronice a venelor mici şi capilarelor tegumentare cu apariţia de hemoragii mici. Pigmentul este produsul metabolizării hemoglobinei. Atrofia cutanată contribuie la dezvoltarea ectaziei varicoase a venelor.

Bibl. — TOURAINE A.: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1937, 44, 938. (D.B.)

Gougerot-Hayley-Howard şi Hayley Hugh, boala;. pemfigus familial benign cronic sau diskeratoza buloasă ereditară Becker-Obermeyer *(pemphigus familialis benignus chronicus* sau *dyskeratosis bullosa hereditaria);* descrisă în 1939. Etiologia este necunoscută, aminteşte forma buloasă a bolii Darier. Evoluţia este cronică recidivantă, recidivele apărînd cu predominanţă vara. Starea generală a bolnavului rămîne bună. Unii autori consideră boala ca o apariţie tardivă a nevului congenital epitelial. Elementele patologice ale inflamaţiei buloase a pielii se localizează de cele mai multe ori pe feţele laterale ale gîtului, în regiunea axilară şi inghinală. Histologic se observă vezicula acantolitică intraepitelială şi semne de diskeratoză (granule — *grains*). Simptomul Nikolski este frecvent pozitiv.

Bibl. — JABLONSKA S., CHORZELSKI: *Dermatologica (Basel),* 1958, 117, 24. (D.B.)

Gougerot - Mulock - Houber - Sjoegren, complexul simptomatic; vezi Sjoegren, complexul simptomatic. (D.B.)

Gowers, reflexul; tresărirea genunchiului *(knee jerk);* vezi Strümpell, reflexul. (D.B.)

Gowers, simptomul; manopera „bosumflării" Gowers *(manoeuvre de la moue);* grimasa Gowers; în paralizia perechii a VII-a de nervi Bell. Constă în absenţa contracţiei muşchilor feţei de partea afectată, asociată cu răsfrîngerea puternică a buzei inferioare. (D.B.)

Gowers, simptomul sciaticului; în sciatică; a fost descris de asemenea şi de alţi autori (Feierstein) Sicard etc. Flexiunea dorsală pasivă intensă a piciorului produce dureri de-a lungul fraiectului nervului sciatic. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Gowers, sindromul; crize vago-vagale Gowers *(crises vago-vagales Gowers);* atacuri vago-vagale; echivalenţă epileptică. Bolnavul prezintă brusc dureri în regiunea epigastrică, asociate cu dificultate respiratorie, paloare, transpiraţii reci, senzaţia de moarte iminentă. Atacul durează 10—20 de minute. La sfîrşitul crizei apar vărsături şi diaree cu evoluţie dramatică. (D.B.)

Goyrand, fractura; varietate rară de fractură a epifizei distale a radiusului la locul tipic, în care fragmentele de fractură se deplasează în direcţie inversă aceleia din fractura Colles. Se poate produce prin flexiunea excesivă la nivelul articulaţiei radio-carpiană, în momentul unui traumatism. (D.B.)

Gradenigo, complexul simptomatic; sindromul pietros *(petrosumsyndrome);* sindromul răspîntiei petro-sfenoidale incomplet *(syndrome du carrefour petrosphenoidal incomplet);* sindromul piramidei *(Syndrom der Pyramide);* sindromul vîrfului stîncii *(Felsenbeinspitzensyndrom).* A fost descris în 1898 de Habermann şi în 1904 de Gradenigo. Se caracterizează prin: 1) inflamaţie acută sau acută recidivantă a urechii medii, cu sau fără perforaţia timpanului şi lezarea într-un grad mai mare sau mai mic a celulelor mastoidiene; 2) dureri intense în special în regiunea temporală şi parietală de aceeaşi parte; 3) pareza sau paralizia nervului oculomotor extern de aceeaşi parte. S-au descris şi cazuri de leziune a nervilor patetic şi oculomotor. Uneori apar anestezie şi tulburări trofice în diferite zone ale feţei, asociate cu opacifierea şi ramoliţia corneei, herpesul corneei şi căderea dinţilor, necroză şi ulceraţii ale mucoasei nazale şi cavităţii bucale. Cauza poate fi inflamaţia purulentă localizată a meningelor, dezvoltarea unei tumori rino-faringiene în direcţia vîrfului piramidei în regiunea sinusului cuneiform, dar şi o tulburare locală mecanică şi poate şi inflamatoare a circulaţiei (în special pe traiectul nervului abductor în canalul Dorello), o tulburare reflexă sau toxică a circulaţiei şi staza lichidului cefalorahidian, tulburări neuro-umorale.

Bibl. — HARTWIG H.: Bericht 3. Tagung Augenärzte DDR 1959, Jena, 1950. (D.B.)

Graefe, boala; polioencefalita cronică superioară *(polioencephalitis chronica superior);* oftalmoplegia cronică progresivă *(ophtalmoplegia chronica progressiva);* paralizia cronică progresivă a globilor oculari. Boala a fost descrisă pentru prima oară de Brunner: *De paralysis musculorum oculi nonnula,* în anul 1850. Se disting două varietăţi de boală: 1) forma primitivă: etiopatogenia neclară, prognosticul nefavorabil, se dezvoltă lent. În decursul a mulţi ani, singurul simptom este dificultatea de a ridica pleoapa, uneori şi diplopia. Mai tîrziu se instalează închiderea pleoapelor, pareza muşchilor oculomotori. În etapa finală, pleoapele sînt complet închise, iar ochii stau în poziţie centrală sau în uşor strabism — faţa Hutchinson *(facies Hutchinsoni);* 2) forma simptomatică în evoluţia unei serii întregi de boli, printre care sînt incluse: tabesul, paralizia progresivă, sifilisul creierului şi măduvei spinării, scleroza diseminată, siringobulbia, tremurături, encefalita epidemică, miastenia, migrena, diabetul zaharat, boala Basedow. (D.B.)

Graefe, simptomul abducţiei; descris în 1856. Se caracterizează prin contracţia pupilelor (care apare după o perioadă latentă), cu absenţa reacţiei la lumină, consecutivă unei abducţii importante a ochiului, sau în cazurile de iridoplegie completă (pareza sfincterului pupilar). Reprezintă inversul simptomului Tournay. Se observă în sifilis, în paralizia congenitală a muşchilor irisului. Semnificaţia acestui simptom este neclară. (D.B.)

Graefe, simptomul. Constă în faptul că pleoapa superioară întîrzie sau nu urmează mişcările în jos ale globului ocular. Consecutiv acestui fenomen rămîne descoperită o zonă largă de conjunctivă a globului ocular, între marginea liberă a ploapei superioare şi limbul corneei. Se explorează cerînd bolnavului să urmărească cu ochiul (fără mişcarea concomitentă a capului) degetul, pe care examinatorul îl mobilizează de sus în jos în faţa ochiului bolnavului. Este rezultatul tonusului crescut al muşchiului ridicător al pleoapei superioare. Se observă în jumătate din cazurile de boală Basedow şi în cazurile de retracţie palpebrală miogenă. Trebuie diferenţiat de falsul simptom

Scanned with OKEN Scanner

Graefe din paralizia nervului oculomotor. (D.B.)

Grasset, sindromul; asociere de sindrom Millard-Gubler şi sindrom Foville.

Bibl. — *Rev. Neurol.*, 1900. (D.B.)

Grasset-Bychowski, simptomul; în hemiplegie: bolnavul în decubit dorsal poate ridica fiecare membru inferior separat, dar nu ambele în acelaşi timp. (D.B.)

Grasset-Gaussel, fenomenul; în hemiplegie: imposibilitatea de a ridica simultan ambele membre inferioare, cu menţinerea posibilităţii de a le ridica individual. (D.B.)

Grasset-Gaussel-Hoover, simptomul; în hemiplegie: în încercarea de a ridica în sus extremitatea lezată bolnavul împinge mai intens în jos cu piciorul sănătos. (D.B.)

Graves-Basedow, boala *(Morbus Gravesi et Basedowi)*. A fost descrisă de Grawes în 1839 şi de Basedow în 1840. Glanda tiroidă este lezată mai frecvent la femei. Se caracterizează prin tahicardie, astenie, hipotonie musculară, transpiraţii profuze, senzaţie de căldură, sete şi slăbire, în ciuda apetitului crescut; tremurături ale extremităţilor, diaree frecvente, amenoree sau impotenţă sexuală, agitaţie şi excitabilitate nervoasă crescută, instabilitate psihică, tegumente umede şi fierbinţi, deseori temperatură ridicată, exoftalmie cu simptomele Graefe, Stellwag, Moebius, Popov, tiroidă mărită pulsatilă, cu suflu decelabil auscultatoriu. Metabolismul bazal, concentraţia iodului organic şi total sînt crescute. Colesterolemia este scăzută, glicemia crescută. Simptomele nu depind numai de tiroidă, ci şi de tulburarea funcţiei sistemului cortico-hipotalamic şi vegetativ-hormonal, cuprinzînd aproape toate glandele cu secreţie internă. Prognosticul este de obicei favorabil, datorită metodelor eficace de tratament. (D.B.)

Greenfield (1933), boala; scleroza cerebrală progresivă, cu degenerescenţă primitivă a oligodendrogliei. Clinic aminteşte boala Schilder. Se manifestă prin tulburarea vorbirii, văzului, mersului, iar în stadiul tardiv, prin rigiditate musculară, diminuarea reflexelor profunde, reflex Babinski, scăderea intelectului.

Bibl. — *Brain*, 1950, 75/3. (D.B.)

Gregg (1941) — Swan (1943), sindromul; psihoembriopatie rubeolică *(psychoembryopathia rubeolica)*. Este un complex de anomalii congenitale consecutive rubeolei contractată de mamă în primele luni de gestaţie. Se observă anomalii oculare (cataractă, microftalmie), malformaţii cardiace (persistenţa canalului Botall şi alte defecte congenitale), defecte de ocluzie, erupţie dentară tardivă, malformaţii cranio-cerebrale (microcefalie, hidrocefalie), anomalii neuro-psihice, tulburări de dezvoltare, encefalopatie, agenezia corpului calos *(agenesia corpori callosi)* etc. (D.B.)

Grigorescu-Gonda-Allen, reflexul; vezi Gonda, reflexul. (D.B.)

Grisel, boala *(morbus Griseli, Grisel's disease)*; torticolis atlanto-axial *(torticolis atlanto-epistrophealis)*; torticolis Grisel; torticolis nazo-faringian *(torticolis nasopharingien)*; osteita subacută a atlasului, consecutivă supuraţiei cervicale *(ostéite subaiguë de l'atlas consécutive à une suppuration cervicale)*. A fost descrisă în anul 1930. Constă în prezenţa unui torticolis dureros unilateral, consecutiv deplasării înainte şi lateral a atlasului, ca rezultat al contracturii inflamatoare a muşchilor prevertebrali. Se observă cel mai frecvent la fetiţe între 6 şi 10 ani. În prezent este considerată ca o consecinţă a unui proces inflamator unilateral în articulaţia atlanto-axială.

Bibl. — OMBREDANNE L.: Précis de chirurgie infantile, 1949, 317. (D.B.)

Grisollé, simptomul. Se observă în stadiul precoce al variolei şi este simptomul diferenţial faţă de exantemul rujeolic. Dacă prin întinderea tegumentelor, papula continuă să se palpeze, este vorba de variolă, dacă nu, este vorba de rujeolă. (D.B.)

Grizinger, simptomul. Constă în apariţia unui edem dureros limitat la nivelul marginii posterioare a apofizei mastoide. Se observă în tromboflebita sinusurilor în S şi transversal, consecutiv extinderii trombozei la eminenţa venoasă *(emissarium mastoideum)*. (D.B.)

Grob, complexul simptomatic; displazia linguo-facială *(dysplasia linguo-facialis)*; descris în 1932. Se caracterizează prin defecte limitate ale pilozităţii capului; nas

Scanned with OKEN Scanner

lărgit cu vîrf turtit şi nări mici. Se observă frecvent dehiscenţa medială a buzei superioare şi a palatului, numeroase cicatrice ale buzei superioare şi inferioare, şanţuri linguale, defecte de dezvoltare a extremităţilor (bradidactilie, clinodactilie) şi deficienţă intelectuală. Etiologie congenitală.

Bibl. — GROB M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie, 1957. (D.B.)

Groenblad-Strandberg, complexul simptomatic; striurile angioide ale retinei *(stries angioïdes de la rétine);* elastorexia sistematizată *(elastorrexie systématisée)* Touraine; elastoza distrofică *(elastosis dystrophica);* sindromul Groenblad. Simptomele izolate au fost descrise pentru prima oară în 1889, de Down (tulburările oculare), în 1892 de Knapp şi Plang, în 1895 de Schweinitz (tulburările vasculare), iar ca sindrom, de Groenblad şi Strandberg în 1929. Se caracterizează prin tulburări oculare, cutanate şi vasculare. La examenul fundului de ochi se decelează (la vîrsta de 20—40 de ani) cîmpuri vasculare, rar mai lungi decît de 2—3 ori diametrul papilei nervului optic, care se unesc de obicei într-un inel neregulat, care înconjură papila nervului optic, produse de rupturile membranei vitroase Bruch. Uneori se observă hemoragii sau exsudat în regiunea petei galbene, involuţie amintind degenerescenţa discoidă Junius-Kuhnt şi cicatrizare. Simptomelor oculare li se asociază totdeauna modificări cutanate (care apar între 20 şi 30 de ani), sub forma pseudoxantomului elastic *(pseudoxantoma elasticum)* Darier (1896) şi modificări ale pereţilor vasculari (calcificare, hipertrofia membranei musculare, rupturi ale fibrelor elastice), diminuarea lumenului acestora, anastomoze, absenţa pulsului la extremităţi, diminuarea undei pulsatile. Observaţii sporadice arată în plus tulburări din partea sistemului nervos central. Acest complex simptomatic se diagnostichează rar (pînă în prezent sînt diagnosticate 150 de cazuri), fapt explicat probabil prin absenţa simptomelor subiective. Trebuie diferenţiat în primul rînd de petele Siegrist. Etiologia nu este cunoscută.

Bibl. — SEGAL P., SARNOWSKA H., HELINSKI M.: *Pol. Tyg. lek.*, 1954, 9, 4. (D.B.)

Groenouw, degenerescenţa corneei; keratita degenerativă; degenerescenţa corneană interstiţială eredofamilială; degenerescenţa corneană nodulară ereditară *(hereditäre knötchenförmige Kornhaut Degeneration).* A fost descrisă în 1880 de Leclerc, iar în 1890, Groenouw a atras atenţia asupra caracterului ereditar al bolii. Se caracterizează prin apariţia, de obicei la băieţi, de pete rotunde sau de formă neregulată, sub epiteliul corneei sau mai profund (depunere de hialin sub epiteliu şi în straturile superficiale ale parenchimului), în special la nivelul pupilei, unde se unesc sub forma de figuri neregulate; uneori se dispun central sub formă de inel. Opacifierea apare deasupra suprafeţei corneei. Apare încă din perioada neonatală (în cazurile congenitale) sau la vîrstă tînără, de obicei pînă la vîrsta de 10 ani (în cazurile tardive pot să apară şi la adult). Boala se dezvoltă treptat, la ambii ochi ireversibil. Se deosebesc următoarele forme ale acestei degenerări: 1) superficiale: keratita recidivantă superficială eredo-familială Franceschetti; degenerescenţa eredo-familială reticulată Koby cu modificări în membrana Bowmann, forma fisurată şi maculară; 2) profunde: degenerarea parenchimatoasă tardivă ereditar-familială a corneei de tip tuberos Groenouw, de tip macular Fehr-Hambresin, inflamaţia edematoasă a nervului de tip Kleefeld; 3) degenerescenţa eredo-familială tardivă a corneei în formă de reţea plexiformă *(plexiformis),* care reprezintă o formă de tranziţie şi uneşte toate formele citate mai sus. Bucklers denumeşte prima din aceste forme tipul Groenouw II sau Fleischer I, distrofia maculoasă a corneei *(dystrophia corneae maculosa),* pe cea de a doua, tipul Groenouw I sau Fleischer II, distrofia granuloasă a corneei *(dystrophia granulosa corneae),* iar forma a treia, tipul Biber-Haab-Dimmer, distrofia reticulată a corneei *(dystrophia corneae reticulata).* Etiologia este necunoscută.

Bibl. — KOZLOWSKI B.: *Klin. oczna,* 1935, 13, 551. (D.B.)

Grossmann, reflexul: extensiunea lentă a halucelui prin compresiunea degetului al 5-lea al piciorului; vezi Babinski, reflexul. (D.B.)

Grubner (1895), sindromul; disencefalia splanhno-chistică *(dysencephalia splanch-*

Scanned with OKEN Scanner

no-cystica); displazie cerebrală chistică congenitală, cu polichistoza concomitentă a rinichilor, ficatului şi pancreasului. (D.B.)

Gruenfelder, reflexul: flexiunea dorsală a degetului mare, cu poziţia în evantai a degetelor, prin compresiunea unghiului extern al fontanelei. Se observă la copiii pînă la 5 ani, în inflamaţia urechii medii. (D.B.)

Gruetz-Buerger, boala; hiperlipemia idiopatică sau esenţială *(hyperlipemia idiopathica seu essentialis).* Se observă familial la copii pînă la vîrsta de 10 ani şi se caracterizează prin tulburarea metabolismului lipidic. În serul sanguin se observă nu numai creşterea nivelului colesterolului, dar şi al grăsimilor neutre; serul are un aspect lăptos. Acesta este legat de dezechilibrul dintre fosfatide şi grăsimile neutre. În fracţiunile proteice serice creşte cantitatea de α_2- şi β_2-globuline. Clinic se caracterizează prin prezenţa de xantoame pe feţele extensoare ale extremităţilor şi fese, prin mărirea ficatului şi splinei.

Bibl. — LEVER W., KLEIN E.: *Dermatologica (Basel),* 1957, 115, 579. (D.B.)

Guérin, fractura; fractura orizontală bilaterală a maxilarului superior.

Bibl. — NEGUS, THOMPSON: Diseases of the nose and throat, Londra, 1948. (D.B.)

Guilford-Tendlau, complexul simptomatic; anhidroza; hipotricoza şi anodonţia *(anidrosis, hypotrichosis et anodontia);* anhidroza polidisplastică Touraine; defect ectodermal major *(maior ectodermal defect).* Este o tulburare de origine ectodermală, ale cărei simptome principale sînt: anhidroză completă şi tulburări grave ale reglării termice, hipotricoza părţilor piloase ale tegumentelor şi atricoza restului zonelor cutanate, diminuarea secreţiei sebacee, anodonţie sau hipodonţie, uneori nas în formă de şa, rinită atrofică, frunte bombată, proeminenţa arcadelor sprîncenoase şi a bărbiei şi alte defecte de dezvoltare. Există forme incomplete sau latente.

Bibl. — FISCHER Z.: *Arch. Derm. Syph (Berl.),* 1944, 48, 6, 410. (D.B.)

Guillain (1920), reflexul; reflexul nazopalpebral. Lipseşte de partea bolnavă în leziunile perechii a VII-a de nervi; vezi Wartenberg, reflexul. (D.B.)

Guillain, simptomul; în meningita cerebro-spinală: ciupitul muşchiului cvadriceps al coapsei produce flexiunea rapidă a extremităţii opuse în articulaţia genunchiului şi coxofemurală. (D.B.)

Guillain, sindromul; sindromul cerebelos progresiv, cu abolirea reflexelor tendinoase ale membrelor. Este expresia atrofiei simultane olivo-ponto-cerebeloase, cu modificări la nivelul cordoanelor posterioare ale măduvei spinării. (D.B.)

Guillain-Alajouanine (1923), reflexul pubian; reflex fiziologic. Constă în contracţia muşchilor abdominali şi adductori ai coapsei prin percutarea simfizei pubiene. Centrul nervos al reflexului se găseşte la nivelul segmentului D_{10}—D_{12} (D.B).

Guillain-Alajouanine-Mathieu (1924) sindromul; sindromul răspîntiei hipotalamice. Constă în hemipareza fără contractură şi fără semnul Babinski, mişcări involuntare coreoatetozice cu poziţie tipică în evantai a mîinilor, tulburarea sensibilităţii sub forma de hipoestezie de o parte a corpului şi a simţului poziţiei, tulburări cerebeloase (hemiasinergie, tremurătură intenţională, adiadococinezie), hemianopsie temporală unilaterală, frecvent a unui cvadrant. (D.B.)

Guillain-Barré, reflexul; vezi Rossolimo, reflexul. (D.B.)

Guillain-Barré (1916), sindromul; sindromul Guillain-Barré-Strohl; poliradiculonevrita acută *(polyradiculoneuritis acuta).* Etiologie necunoscută; se presupune o infecţie virotică sau un proces alergic. Simptome: paralizia flască a segmentelor distale ale extremităţilor inferioare, fără tulburări din partea sfincterelor şi fără modificări ale excitabilităţii electrice, cu tulburări tipice ale simţului poziţiei, dar fără tulburări ale sensibilităţii superficiale. Uneori există şi leziuni ale nervilor cranieni. În lichidul cefalo-rahidian se decelează disociaţie albumino-citologică. Prognosticul este în general favorabil — polinevrita curabilă *(polyneuritis curabilis).*

Bibl. — *Soc. méd. Hôp. Paris,* 1916, XXXII, 1 462. (D.B.)

Guillain-Libert (1919), simptomul; în paralizia flască a muşchiului dinţat anterior. Fosa supraclaviculară se defor-

Scanned with OKEN Scanner

mează, micşorîndu-se în aşa măsură încît devine aproape complet umplută de muşchiul sterno-cleido-mastoidian. (D.B.)

Guillain-de Sèze-Blondin-Walter (1934), sindromul; paralizia profesională a nervului peroneu, observată la muncitorii agricoli, vînzătorii de încălţăminte etc., care sînt nevoiţi să stea multă vreme în poziţie înclinată (poziţia „pe vine"), sau la manechine, care stau vreme îndelungată picior peste picior. (D.B.)

Guillain-Thaon, sindromul: asocierea tabesului cu paralizia progresivă. (D.B.)

Guist, simptomul; descris în 1931. Constă din aspectul sinusoid al ramurilor venoase mici la nivelul petei galbene. Se observă în perioada hipertensiunii arteriale nestabile, dar şi în perioada stabilizării acesteia — angiopatia hipertonică a retinei *(angiopathia hypertonica retinae),* după Altenberg.

Bibl. — GUIST: Z. *Augenheilk.,* 1931, 73, 232. (D.B.)

Gull, sindromul; vezi Barré-Liéou, sindromul. (D.B.)

Gunn, complexul simptomatic; vezi Gunn, simptomul maxilar. (D.B.)

Gunn, simptomul încrucişării; semnul arcuirii *(arching sign);* descris în 1892. Constă în compresiunea venei retiniene de către artera situată deasupra acesteia. Iniţial dispare reflexul la locul de încrucişare şi în vecinătatea imediată, în perioada precoce a hipertensiunii arteriale. În perioada arteriosclerotică, vena se subţiază marcat, uneori pare că coboare la locul de încrucişare sau pare că se întrerupe. Se observă în hipertensiunea arterială (vezi şi simptomele Salus şi Sobanski).

Bibl. — ALTENBERGER S.: Zmiany na dnie oka w nadcisnieniu tetniczym, Varşovia, 1956. (D.B.)

Gunn, simptomul maxilar; simptomul Marcus-Gunn; sinchinezia maxilarului şi pleoapelor; fenomenul maxilaro-clipitului *(jaw-winking phenomenon);* descris de Gunn în 1883 şi de Meier în 1889. Se observă în ptoză şi constă în ridicarea paradoxală a pleoapei superioare coborîte, în timpul coborîrii maxilarului inferior. Gunn consideră că pleoapa se ridică proporţional cu gradul deschiderii gurii, iar Meier afirmă că pleoapa se ridică mai sus cînd maxilarul este deplasat în partea opusă. Acelaşi simptom se observă în vorbirea cu voce tare, căscat, masticaţie, dar uneori nu apare în fluierat, deglutiţie etc. Unii autori explică mecanismul de apariţie a simptomului prin legătura dintre nervul oculomotor şi ramura a III-a a nervului trigemen sau dintre nucleii acestora. Se observă mai frecvent unilateral, în special în stînga. Apare în ptoza familială. Au fost descrise şi cazuri posttraumatice (inclusiv şi după trauma obstetricală) şi după operaţii indicate pentru ptoză.

Bibl. — LASKA M.: *Klin. oczna,* 1960, 30, 393; USTINOVA T.: *Oftal. Z.,* 1959, 14, 501. (D.B.)

Gunn, simptomul pupilar; simptomul pupilar Marcus; descris în 1904. Se caracterizează prin intensificarea reacţiei de simpatie, la întuneric, în caz de diminuare sau absenţă a reacţiei pupilare a ochiului opus. Se observă în bolile unilaterale ale retinei sau nervului optic.

Bibl. — GUNN M.: *Lancet,* 1904, 2, 412. (D.B.)

Gussew, elefantiazisul gingiilor *(elephantiasis gingivarum);* vezi Weski, *elephantiasis gingivarum hereditaria.* (D.B.)

Gutierez-Noriego (1947), sindromul; tulburările psihice din alcoolismul cronic. Se traduce prin diminuarea intelectului, amnezia de fixare, tulburări afective, apatie, indiferenţă, modificarea dispoziţiei, absenţa voinţei, comportament asocial, tulburări sexuale. (D.B.)

Gutmann-Freudenthal, complexul simptomatic; amiloidoza cutanată nodulară şi diseminată *(amyloidosis cutis nodularis et disseminata);* lichenul amiloid *(lichen amyloidosus);* amiloidoza lichenoidă primitivă a pielii; descris în 1923—1930. Pe gambe, de obicei pe feţele extensoare, apar papule dure şi noduli, care produc un prurit neobişnuit de intens. Evoluţia este cronică, starea generală a bolnavilor este bună. În scop diagnostic se utilizează proba cu roşu de Congo (10 ml soluţie 1% de roşu de Congo injectată intravenos dă *in vivo* coloraţia amiloidului).

Bibl. — GUTOWSKI W.: *Przegl. Derm.,* 1948, 3/4, 408. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

H

Haab, atrofia traumatică maculară; descrisă în 1888. Se caracterizează prin lipsa reflexului macular şi prin mici acumulări de pigment. Leziunile pot fi constituite din mici focare albe, de atrofie, şi aglomerări mai mari de pigment. Poate fi de origine traumatică (sfîrşit nefavorabil al edemului macular Berlin) sau să reprezinte urmarea unui electrotraumatism. (A.W.)

Haab, degenerescenţa; degenerescenţa maculo-corcidiană senilă, descrisă în 1885. Este determinată de ateromatoză şi obliterarea capilarelor coroidei, în porţiunea centrală a fundului de ochi. Se caracterizează prin existenţa, bilaterală, a unor zone de degenerescenţă, de obicei punctiforme, cu localizare maculară. Acuitatea vizuală scade. Dacă la examenul unui pacient în vîrstă nu poate fi găsită cauza lipsei de acuitate vizuală, trebuie provocată midriază şi examinată cu atenţie porţiunea maculară, în special la lumină. (A.W.)

Haab, distrofia corneană; vezi Biber, distrofia corneană (A.W.)

Haab, opacifierea în bandeletă; descrisă în 1899. Reprezintă o formă de ruptură a membranei Descemet, în hidroftalmie. (A.W.)

Haden, boala; icter hemolitic congenital fără sferocitoză *(hereditary hemolitic jaundice without spherocytosis);* anemie macrocitară ereditară *(hereditäre macrocytäre Anemie);* descrisă în 1947. Este o anemie familială congenitală, macrocitară, normocromă, fără sferocitoză. Prezintă icter, splenomegalie.

Bibl. — HADEN R.: *Amer. J. Med.*, 1947, 214, 255. (D.B.)

Haenel, sindromul; varietate a atrofiei musculare progresive; descris în 1890. Constă în atrofia musculară a extremităţilor superioare, cu dureri, parestezii şi paralizia muşchilor sub influenţa frigului; vezi Charcot - Marie - Tooth - Hoffmann, boala. (D.B.)

Hageman, anomalia; anomalie a procesului de coagulare a sîngelui. Timpul de sîngerare mult prelungit, semnul garoului pozitiv. (A.W.)

Haglund, boala; *osteochondritis calcanei; apophysitis calcanei; apophysitis of the calcaneus; Haglund Exostose; Haglundsche Ferse; Schuhgeschwulst der Ferse; Haglund Kalkaneusexostose.* Descrisă în 1928. În regiunea marginii superioare a tuberozităţii calcaneului apare o îngroşare dură, dureroasă la palpare. Tegumentul supraiacent este hiperemiat. Se observă frecvent la copii, între 8 şi 14 ani. După evoluţia clinică seamănă cu necroza aseptică. Pe radiografie se văd alungirea tuberozităţii calcaneului, rarefierea structurii osoase şi chiar fragmentarea apofizei calcaneului. Se admite drept cauză încălţămintea necorespunzătoare, care poate determina reacţii periostice cu osificarea ulterioară, în porţiunea posterioară a calcaneului.

Bibl. — WILES: Essential of Orthopedy, 1949. (A.W.)

Hahn, simptomul: rotaţia tenace permanentă a capului dintr-o parte în alta; se observă în bolile encefalului, la copii. (D.B.)

Halban, boala; sarcina falsă. Apariţia la femeile negravide a semnelor de sarcină, de probabilitate şi de prezumţie.

Bibl. — MARTIUS H.: Lehrbuch der Gynäkologie, Stuttgart, 1956. (A.W.)

Halban, simptomul sarcinei: accentuarea pilozităţii întregului corp, în timpul sarcinei.

Bibl. — VOLKMANN H.: Medizinische Terminologie, München-Berlin, 1951. (A.W.)

Halberstaedter-Prowazek, corpusculii; *Chlamydozoa;* descrişi în 1907. Incluziuni bazofile care se observă în celulele epiteliului conjunctival, colorabile în albastru închis sau violet la coloraţia Giemsa. Erau socotite tipice pentru trahom. În compoziţia lor intră acizii ribonucleic şi dezoxi-

Scanned with OKEN Scanner

ribonucleic, ca şi glicogenul fixat de aceştia.

Bibl. — DYMITROWSKA M., KAZANOWSKA W., OMULECKA D.: *Postępy Okul.*, 1957, 4, 49. (A.W.)

Hallervorden-Spatz, boala; degenerescenţa pigmentară a nucleului palid şi substanţei negre. Se observă de obicei la vîrsta de 7 ani. Iniţial apar creşterea tonusului muscular de tip piramidal la nivelul extremităţilor inferioare şi debilitatea mintală progresivă. Se adaugă apoi mişcări atetozice la nivelul extremităţilor superioare şi feţei sau tremurături. Frecvent se asociază şi atrofia nervului optic, uneori retinita pigmentară. Debilitatea mintală se intensifică pe măsura dezvoltării simptomelor neurologice. (D.B.)

Hallopeau, complexul simptomatic; acrodermatita continuă *(acrodermatitis continua);* acrodermatita persistentă *(acrodermatitis perstans);* descris în anul 1898. Etiologie necunoscută: pe lîngă tulburări endocrine şi neurotrofice se presupune infecţie cu stafilococul alb şi cel auriu. Atrage atenţia asemănarea clinică cu psoriazisul pustulos. Cel mai frecvent se localizează pe degetele mîinilor şi picioarelor, mai ales în vecinătatea unghiilor, sub forma de pustule superficiale mici, care, unindu-se, pot produce ulceraţii purulente şi zemuinde. Uneori există modificări trofice ale unghiilor sau ale întregului deget; se observă diseminarea procesului. Evoluţia este cronică, neinfluenţată de tratament.

Bibl. — SUCHANEK J.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1951, 2, 165. (D.B.)

Hallopeau, complexul simptomatic; lichenul plan scleros şi atrofic *(lichen planus sclerosus et atrophicus);* lichenul alb *(lichen albus);* dermatita Zumbusch; lichenoidul cronic şi atrofic *(lichenoides chronica et atrophicans)* Csillag; forma atrofică sau scleroasă a lichenului roşu plan. Etiologie necunoscută. Descris de Hallopeau în 1887, de Zumbusch în 1906. Majoritatea autorilor unifică complexul simptomatic Hallopeau cu lichenul roşu plan, dar complexul simptomatic Zumbusch, împreună cu „boala Csillag", sînt încadrate în sclerodermia microfocală *(morphea guttata)* sau „boala petelor albe" *(white spot disease, Weissfleckenkrankheit)* Miescher-Gougerot, licheno-sclerodermie. Tabloul histologic este caracteristic, iar rezultatul explorării cronaxiei sensibile arată că acest complex simptomatic este o entitate nosologică independentă (Jablonska). În partea proximală a trunchiului, pe extremităţile superioare, precum şi la nivelul organelor genitale şi orificiului anal se găsesc noduli izolaţi sau în grămezi, mici, plani, de culoare albă-porţelanie, uneori cu o tijă cornoasă sau cu o depresiune în vîrf (după îndepărtarea tijei cornoase). Într-un stadiu mai tardiv, în aceste locuri rămîn focare mici, atrofice, sub forma de cicatrice plisate.

Bibl. — JABLONSKA S., BUBNOW B., LUKASIAK B.: *Derm. Wschr.*, 1957, 45, 1 201. (D.B.)

Hallopeau, piodermita vegetantă *(pyodermite végétante);* piodermita proliferantă Hallopeau; descrisă în 1889. Este o varietate benignă pustuloasă a pemfigusului proliferant *(pemphigus vegetans).* Lotte, în 1928, a încadrat-o în piodermitele proliferative, produse de stafilococ. Veziculele şi pustulele individuale se unesc în bule mari roz-brune. Bulele suferă rapid proliferare papilară şi proemină deasupra nivelului tegumentelor. Cel mai frecvent se localizează la nivelul pubisului, axilelor şi pielii păroase a capului, unde, prin proeminările şi depresiunile lor, amintesc desenul cortexului cerebral-cerebriforme *(cerebriformis).* Boala durează cîteva luni. Se poate produce vindecare spontană, după care rămîne o hiperpigmentare.

Bibl. — DEGOS, CARTEAUD: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1952, 59, 246. (D.B.)

Hallopeau-Besnier, tip de micoză; micoză de formă eritrodermică *(mycosis à forme érytrodermique).* Este o varietate de micoză, care începe cu o eritrodermie întinsă, fără caractere specifice, cu prurit chinuitor şi mărirea limfoganglionilor. Diagnosticul se bazează pe examenul histologic. Evoluţia ulterioară este aceeaşi ca în forma clasică.

Bibl. — MIENNICKI M.: *Przegl. Derm.*, 1929, 24, 189. (D.B.)

Hallopeau-Leredde-Darier, adenom sebaceu; varietate de adenom sebaceu, care, din cauza proliferării ţesutului conjunctiv în jurul focarelor este denumită „dură". Împreună cu boala Pringle (vezi acesta) se

Scanned with OKEN Scanner

încadrează în complexul simptomatic al bolii Bourneville (vezi acesta).

Bibl. — PAWLOWSKI ST.: *Przegl. Derm.*, 1955, 1, 15. (D.B.)

Halsted, simptomul; în pancreatita acută. Constă din apariţia cianozei extremităţilor şi a aspectului marmorat al tegumentelor. (A.W.)

Hamman-Rich, sindromul; fibroza interstiţială difuză *(fibrosis interstitialis pulmonis diffusa, diffuse interstitial fibrosis of the lungs);* fibroza pulmonară interstiţială difuză progresivă *(diffuse progressive interstitielle Lungenfibrose);* descris în 1944. Iniţial se manifestă prin tuse, junghi toracic, uneori stare subfebrilă, în unele cazuri hemoptizie. După cîţiva ani apar semnele insuficienţei pulmonare: dispnee progresivă cu cianoză, poliglobulie, degete în formă de baghete de toboşar. Tabloul radiologic aminteşte staza pulmonară. Importanţă diagnostică are biopsia pulmonară. Cauza ne este cunoscută; inflamaţiile frecvente reversibile ale bronhiilor şi plămînilor contribuie la apariţia sindromului. Se observă cu precădere la bărbaţii în vîrstă mijlocie. Prognosticul este nefavorabil.

Bibl. — SLOPER J. C., WILLIAMS E.: *Lancet*, 1955, 11, 533. (D.B.)

Hand-Christian-Schüller, boala; boala Christian-Schüller; *craniohypophyseal xanthoma; dysostose craniohypophysaire; granulomatose lipoïdique; xanthomatose cranio-hypophysaire; Lipoidgranulomatose; Cholesterinspeicherkrankheit.* Descrisă de Hand în 1893. Apare mai ales la copii, dar se observă şi la adulţi. Gingivomalacie şi edem gingival, mobilitate a dinţilor. Cutanat, mici papule gălbui. În sistemul osos, îndeosebi la craniu, se observă proeminenţe (corespunzătoare defectelor osoase) pline cu ţesut moale. În oasele lungi, la nivelul acestor porţiuni se produc fracturi spontane. Radiologic se constată focare de osteoporoză de intensitate variabilă şi cu contururi neregulate. Există un anume grad de hepato- şi splenomegalie; de asemenea o importantă hipercolesterolemie şi o discretă anemie hipocromă. În măduva osoasă se găsesc numeroase celule reticulare cu colesterol în citoplasmă. Organele parenchimatoase conţin de asemenea numeroase celule reticulohistocitare cu colesterol. Leziunile din osoasele craniene se pot însoţi de exoftalmie şi simptome de diabet insipid, mai rar distrofie adipozogenitală. Evoluţia este cronică, prognosticul defavorabil.

Bibl. — CHRISTIAN CH.: *Med. Clin. North Am.*, 1920, 3, 849. (A.W.)

Hanot, ciroza hepatică; ciroza hepatică biliară hipertrofică *(cirrhosis hepatis biliaris hypertrophica);* ciroza splenomegalică *(splenomegale Cirrhose);* ciroza periportală *(periportale Cirrhose);* ciroza hipertrofică pigmentară *(cirrhose hypertrophique pigmentaire);* ciroza hepatică biliară hipertrofică primitivă; descrisă în 1875. Constă din hipertrofia ţesutului conjunctiv în jurul canalelor biliare şi proliferarea intralobulară a acestuia. Celulele hepatice nu dispar. Produce o creştere importantă a ficatului şi splinei, icter, cu absenţa ascitei şi a dilatării venelor peretelui abdominal. Cauza sînt factori multipli, care produc inflamaţia canaliculelor biliare mici. (D.B.)

Hanot-Chauffard, sindromul; vezi Troissier - Hanot - Chauffard sindromul. (D.B.)

Hanzalow, simptomul; în hemiplegie. Cînd, cu ochii închişi, bolnavul întinde mîinile înainte, se produce o flexiune palmară a extremităţii bolnave. (D.B.)

Harad, boala; *neuro-uveitis; meningo-uveal syndrome;* coroidita acută difuză exsudativă; descrisă în 1926. Se observă la adulţi în vîrstă de 30—50 de ani. Se caracterizează prin coroidită bilaterală, cu evoluţie acută, urmată de dezlipire de retină. Se asociază simptome generale şi neurologice (meningeale şi encefalice), uneori tulburări auditive, boli ale părului (alopecie, canitie precoce) şi tulburări de pigmentaţie ale pielii. Boala are, în general, sfîrşit favorabil, dezlipirea de retină vindecîndu-se spontan, acuitatea vizuală restabilindu-se. Evoluţia durează 2 pînă la 8 luni. Se deosebesc 3 perioade: 1) meningo-uveitis — stare generală proastă, cefalee, simptome meningeale, slăbirea progresivă a acuităţii vizuale, pînă la completa cecitate; 2) perioada de înrăutăţire — dezlipirea inflamatoare bilaterală de retină, modificări ale lichidului cefalorahidian, hipoacuzie pînă la surditate; 3) perioada de cicatrizare, cu revenirea parţială a vederii şi auzului. Cauza bolii este un

Scanned with OKEN Scanner

factor toxicoinfecţios, din grupa virusurilor, cu tropism uveo-meningeal. Vezi de asemenea complexul simptomatic Vogt-Koyanagi, care se caracterizează prin simptome suplimentare.

Bibl. — 1. STOLIAREVA L. G.: *Jurn. Nevropat. Psihiatr.*, 1959, 59, 288. 2. WILKOWA M.: *Klinika Oczna*, 1949, 19, 200. (A.W.)

Harkaway, complexul simptomatic; *vascular allergy*. Descris în 1942—1943. Etiologia este probabil alergică. Boala are caracter de sistem. Evoluţia se face în puseuri, este foarte deseori gravă, amintind periarterita nodoasă. Histologic se găseşte aspectul de arterită necrotică, în arterele şi venele mijlocii din diferite organe şi din piele.

Bibl. — HARKAWAY J. J.: *Allergy*, 1942, 14, 50. (A.W.)

Harle, boala; vezi Dressler, boala. (D.B.)

Hary, sindromul; tumoarea vîrfului plămînului; vezi Pancoast, sindromul. (D.B.)

Hashimoto, boala; *Hashimoto struma; struma lymphomatosa; thyreoiditis lymphomatosa;* guşa limfatică; tiroidita limfomatoasă. Descrisă în 1912. Constă din infiltraţia limfocitară difuză a tiroidei, fără semne inflamatoare. Afectează în exclusivitate femeile, în jurul vîrstei de 50 de ani. Evoluţia este cronică. Cauza nu este cunoscută. O hiperfuncţie tiroidiană premerge uneori apariţia bolii. Tiroida se măreşte progresiv global, dar parenchimul ei se atrofiază; cu timpul survine hiperplazia ţesutului conjunctiv şi-şi face apariţia hipofuncţia tiroidiană. (A.W.)

Haskovec, simptomul; vezi Parkinson, boala. (D.B.)

Hass, boala; *osteochondritis capitis humeri;* descrisă în 1921. Constă din necroza aseptică subcartilaginoasă a capului humeral; se observă îndeosebi la copii, între 6 şi 14 ani. Etiologia este probabil traumatică. (A.W.)

Havelock-Ellis, sindromul; ondinism; urolagnia. Desfătare sexuală determinată de atingerea cu apa (spălare, îmbăiere). Se observă de obicei la femei.

Bibl. — MASSION-VERNIORY, DUMONT: *Act. Neur. Psych. Belg.*, 1958, 58, 446. (A.W.)

Haxthause, boala; *keratodermia hypooestrogenica;* reprezintă o varietate a keratodermiei palmo-plantare idiopatice. Boala constă din keratinizare excesivă palmo-plantară, obezitate, hipertensiune arterială, cu leziuni articulare concomitente.

Bibl. — BLUM P.: *Nouvelle Prat. Dermat.*, 1936, 352. (A.W.)

Hayde, prurigo nodular *(prurigo nodularis);* lichenul cornificat Lailler-Brocq *(lichen obtusus corné);* lichenificare nodulară *(lichenificatio nodularis)* Pautrier; urticaria persistentă verucoasă *(urticaria perstans verrucosa);* prurigo nodular de origine neuro-alergică şi hormonală. Pe feţele extensoare ale extremităţilor, pe trunchi şi pe faţă sînt diseminaţi noduli de consistenţă dură, de diferite dimensiuni. Boala se asociază cu un prurit chinuitor. Evoluţia este cronică, recidivantă. Examenul histologic arată hipertrofia formaţiunilor nervoase, într-un infiltrat inflamator.

Bibl. — GOCKOWSKI J.: *Przegl. derm.*, 1934, 29, 136. (D.B.)

Hayem-Faber, boala; boala Faber-Hayem; anemia esenţială hipocromă *(anaemia essentialis hypochromica, essentielle hypochrome Anämie);* anemia simplă aclorhidrică *(simple achlorhydric anemia)* Witts; sindromul Kaznelson; boala feriprivă esenţială cronică *(chronische essentielle Eisenmangelerkrankung).* A fost descrisă pentru prima oară de Einhorn în 1905, apoi în acelaşi an de Da Costa. Boala este ereditară. Bolnavii se plîng de adinamie, palpitaţii. Tegumentele sînt palide, cu modificări trofice ale unghiilor. Se pot asocia simptome de mieloză funiculară *(myelosis funicularis).* În cavitatea bucală se găsesc semnele sindromului Plummer-Winson. În sucul gastric lipseşte acidul clorhidric liber; este diminuată cantitatea de factor Castle, dar acesta nu este niciodată complet absent. Splina este de obicei uşor mărită. În sînge există anemie hipocromă marcată, microcitoză, poichilocitoză şi anizocitoză, leucopenie cu limfocitoză. În măduva oaselor este marcat crescută proporţia de eritroblaşti, macroblaşti şi proeritroblaşti şi moderat mărită proporţia de promielocite. Factorul etiologic important este diminuarea cantităţii de fier, probabil legată de insuficienţa factorului

Scanned with OKEN Scanner

U. Schur şi a factorului Castle. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — SCHULTEN H.: *Ergebn. inn. Med. Kinderheilk.*, 1934, 46, 236. (D.B.)

Hayem-Widal, boala; icter hemolitic dobîndit *(icterus haemoliticus acquisitus).* Afectează predominant vîrsta tînără. Diagnosticul se bazează pe prezenţa icterului, anemiei, splenomegaliei, în absenţa factorului ereditar (vezi boala Chauffard-Mincovski). În sîngele periferic se decelează reticulocitoză, diminuarea rezistenţei eritrocitelor, dar numai a celor spălate; frecvent se găseşte aglutinarea eritrocitelor spălate. Simptomele se acutizează intens după crizele hemolitice. În perioadele de remisie dintre crize, simptomele pot fi minore. Etiologie necunoscută. Prognosticul este relativ benign. (D.B.)

Head-Riddoch, reflexul; *mass reflex;* reflex complex, în caz de secţiune totală medulară (secţiune medulară fiziologică). Triada automatismelor medulare: reflexul de retracţie (flectarea extremităţilor inferioare în 3 articulaţii — *triple flexion),* golire reflexă a vezicii urinare, transpiraţie de la limita leziunii în jos. (A.W.)

Heberden, boala; astmul *Elsner;* boala *Rougnon*-Heberden; stenocardia; angina pectorală *(angina pectoris);* sindromul anginos necoronarian (syndrome angineux non coronarien); descrisă în 1778. Constă în apariţia de dureri compresive în regiunea inimii, ca rezultat al excitaţiei ganglionilor simpatici cervicali. Se traduce prin dureri precordiale, care iradiază în membrul superior stîng, teamă de moarte, uneori stare asemănătoare colapsului, transpiraţii reci, paloarea feţei. Cel mai frecvent se observă în cazurile de leziuni ale segmentului cervical al coloanei vertebrale (spondilită, fractură vertebrală, dislocarea nucleului pulpos). (D.B.)

Heberden, boala; nodulii Heberden; poliartroza deformantă *(polyarthrosis deformans);* descrisă în 1801. Constă în induraţii nodulare, dure, la extremităţile falangelor, deseori simetrice. Apariţia nodulilor este precedată de parestezii şi amorţeli ale degetelor. Evoluţia bolii este cronică. Examenul radiologic evidenţiază strîmtarea spaţiului articular şi proliferarea osoasă marginală. (D.B.)

Hebra, boala; *pityriasis rubra;* probabil legată de bolile sistemului reticulo-endotelial, limfoblastom. Constă în eritrodermie descuamativă, cu dezvoltarea atrofiei tegumentelor (contracturi articulare, răsfrîngerea pleoapelor) şi a altor tulburări trofice (ulceraţii, ruperea firelor de păr, modificări unghiale). Starea generală este gravă, cu temperatură mare, uneori cu tulburări gastro-intestinale şi pulmonare. Sfîrşitul bolii este de obicei fatal.

Bibl. — KOPYTOWSKI, WIELOWIEJSKI: *Archiv.*, 1901, 57, 33. (D.B.)

Hebra, complexul simptomatic; eritem multiform *(erythema multiforme);* forma uşoară a eritemului multiform al tegumentelor şi mucoaselor cavităţii bucale sau organelor genitale. Simptomele generale (temperatură, dureri articulare) sînt de mică intensitate. Pe lîngă forma idiopatică se presupune influenţa factorilor alergico-toxici (infecţia de focar, bolile infecţioase, medicamentele).

Bibl. — HIRSZBERG S.: *Warsz. Czas. lek.*, 1932, 9. (D.B.)

Hebra, prurigo; prurigo grav *(prurigo gravis);* prurigo malign (ferox sau agria); prurigo benign *(mitis).* Începe de obicei la copiii de vîrstă mică, predominant la băieţi, pe fond alergico-neuro-trofic, în cazurile de predispoziţie ereditară determinantă. Constă în apariţia unei lichenificări, sub forma de papule mici, acoperite de cruste sanguinolente, pe feţele extensoare ale extremităţilor. Limfoganglionii axilari şi inghinali sînt măriţi, edematoşi, duri, nedureroşi. Boala retrocedează spontan în perioada maturaţiei sexuale. Se disting forma malignă *(prurigo ferox* sau *agria)* şi forma benignă *(prurigo mitis).*

Bibl. — DYMNICKI S.: *Pol. Gaz. lek.*, 1923, 639. (D.B.)

Hebra, scleromul *(scleroma Hebrae);* forme de sclerom, în care infiltratele se localizează la faţă.

Bibl. — NOWICKI W.: *Twardziel*, Warszawa, 1950. (D.B.)

Hebra, seboreea congestivă *(seborrhoea congestiva);* eritemul centrifug *(erythema centrifugum)* Biett-Brocq; lupus eritematos migrator *(lupus erythematosus migrans).* Este varietatea superficială a seboreei eritematoase cronice: manifestări

Scanned with OKEN Scanner

cutanate sub forma de plăci eritematodescuamative, nu foarte infiltrate, care nu lasă modificări vizibile sau lasă o atrofie neînsemnată. Etiologia şi patogenia sînt aceleaşi ca în lichenul roşu cronic (infecţie focală, reacţie modificată a ţesutului conjunctiv, sensibilitate crescută faţă de diferiţi excitanţi fizici, chimici, biologici, în special faţă de razele solare).

Bibl. — OSZAST Z.: Pam. 12 Zjazdu Pol. Tow. Derm., Varşovia, 1948, 21. (D.B.)

Hebra-Kaposi, herpes tonsurans maculosus, vezi Gilbert, boala. (D.B.)

Hecht, simptomul; simptomul ciupitului. Constă în apariţia de hemoragii mici la nivelul erupţiei scarlatinoase, prin ciupirea pielii. Se observă frecvent în scarlatină şi indică fragilitatea vaselor sanguine. (D.B.)

Hecht, simptomul ventuzei; simptomul endotelial. Se produce prin presiunea negativă, creată cu ajutorul aspiratorului cu apă în ventuza de sticlă, aplicată pe tegumente; se determină cu manometrul cu mercur presiunea la care apar hemoragii cutanate. Simptomul endotelial pozitiv se observă în procesele patologice, care evoluează cu leziunea capilarelor, în special în diatezele angiopatice, dar şi în alte boli fără semne de diateză. Este mai frecvent la femei decît la bărbaţi.

Bibl. — TEMPKA T.: Choroby ukladu krwiotworczego, vol. I, Varşovia, 1950. (D.B.)

Heerfordt, complexul simptomatic; *uveo-parotitis; febris uveo-parotidea subchronica; uveo-parotic paralysis; uveo-parotic tuberculosis;* complex simptomatic descris de Heerfordt în 1909. Acest complex simptomatic include: subfebrilitate; simptome oculare-iridociclită sau coroidită (uneori cu inflamarea nervului optic); parotidită; din partea nervilor periferici — pareze ale nervului facial, mai rar paralizii tardive ale diferiţilor nervi, total reversibile. Uneori se observă simptome din partea sistemului nervos central (meningoencefalită), precum şi manifestări pulmonare cu reacţia la tuberculină negativă. Se adaugă adenopatie periferică, eozinofilie sanguină. Dintre cele două simptome fundamentale, *primul* apare parotidita, şi numai după aceea simptomele oculare. Are multe asemănări cu sarcoidul (structură tuberculoasă a leziunilor, frecventele manifestări pulmonare şi cutanate etc.). Mulţi îl includ în boala Besnier-Boeck-Schaumann (vezi). Se observă şi forme mixte. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — MICHNIOWSKA-LEONOWICZ I., RYBA I.: *Klinika Oczna,* 1958, 28, 299. (A.W.)

Hegar, simptomul I; descris în 1884. Constă în diferenţa netă de consistenţă între corpul uterin (moale, „afînat") şi colul încă dur; consecutiv, explorarea bimanuală lasă impresia că segmentul cervical destul de dur şi corpul uterului gravid, moale şi contractîndu-se sub mîna exploratoare, sînt două formaţiuni deosebite. Istmul aproape nu se palpează. Este un semn precoce, caracteristic şi clasic, de sarcină şi se decelează cel mai net în luna a II-a — a III-a de gestaţie.

Bibl. — DÜDERLEIN G., MESTWERDT G.: Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik und Untersuchungslehre, Leipzig, 1950. (D.B.)

Hegar, simptomul II. Constă în aceea că, prin examenul bimanual, se poate cuprinde, în pliul cutanat transversal, peretele anterior al uterului gravid, între degetele mîinii interne şi externe. Este un semn precoce al sarcinii (2—3 luni). În prezent nu se mai foloseşte, deoarece această manevră poate duce la detaşarea oului embrionat şi la avort; vezi Hegar, simptomul I. (D.B.)

Hegglin, boala; *Hegglin polyphyle Reifungsstörung;* descrisă în 1945. Afectarea funcţiei hematopoietice a măduvei osoase, apariţia corpusculilor Doehle în neutrofilele mature şi monocite, trombopenie cu trombocite gigante. Protoplasma megacariocitelor este pronunţat segmentată. Uneori există diateză hemoragică. Etiologia este necunoscută. (A.W.)

Hegglin, sindromul; *insuffisance cardiaque énergétodynamique; energetisch-dynamische Herzinsuffizienz;* insuficienţa circulatorie energodinamică; descris în 1949. Reprezintă consecinţa tulburărilor factorilor care participă nemijlocit la sistola cardiacă: îndeosebi modificări ale mediului ionic şi mai ales hipocalcemie. Simptome: adinamie, stare de depresiune, anorexie, cianoză puţin manifestă, puls mic bradi- sau tahicardic, hipotensiune arterială, mici edeme. Electrocardiograma

Scanned with OKEN Scanner

arată alungirea intervalului QT, cu scurtarea relativă a timpului de contracție mecanică (Q-zgomotul II). În sînge se constată hipocalcemie. Sindromul însoțește stările de hipoxie miocardică, colapsul, coma diabetică, cea hipoglicemică, cea hepatică; vărsăturile prelungite și diareele; uneori supradozarea de ACTH și cortizon; hipertiroidie; hipertensiune arterială; porfirie; unele intoxicații.

Bibl. — HEGGLIN R.: *Cardiologia*, 1949, 15, 65. (A.W.)

Heine (1840) — **Medin** (1890), boala; poliomielita; poliomielita anterioară acută *(poliomyelitis anterior acuta);* inflamația acută o coarnelor anterioare ale măduvei spinării. Este produsă de un virus; apare sub forma de epidemii. Perioada preparalitică durează 1—8 zile, cu febră tipică, bifazică (în dromader), descrisă în 1913 în Draper. În simptomele neurologice precoce sînt incluse sindromul dureros (mialgii) și sindromul meningian (simptomele Kernig, Brudzinski, Amoss etc.). În prima perioadă a bolii se observă în lichidul cefalo-rahidian o ușoară pleiocitoză și o hiperalbuminorahie de grad mic. Evoluează cu un polimorfism clinic important: „paralizie matinală" *(paralysis matutina)* West la sugari (la sugarul care se scoală de dimineață se observă pareza flască a extremităților, fără sindrom dureros sau meningian prealabil; paralizia tranzitorie Kennedy, cînd paraliziile dispar fără sechele; paralizii reversibile; forma flasco-spastică Barré, în care după dispariția paraliziei flasce apare un sindrom piramidal cu semnul Babinski; afectarea izolată a mușchilor; forme cu tulburări respiratorii, cu extindere la nervii cranio-encefalici; forme exclusiv senzitive, care imită diferite sindroame dureroase; forma cu paralizie ascendentă Landry; forme mielo-bulbare. (D.B.)

Heinrichsdorf-Miranenko, simptomul: prezența pe clișeul radiologic al inimii a unei depresiuni între limita superioară a anevrismului și peretele nelezat al ventriculului stîng; indică un anevrism al peretelui anterior al ventriculului stîng. (D.B.)

Heitz-Boyer, sindromul; colisepticemia enterorenală *(colisepsis enterorenalis);* descris în 1919. Este o septicemie endogenă, produsă de *B. coli* care, pătrunzînd în rinichi pe cale hematogenă, duce la inflamația descendentă a căilor urinare. (D.B.)

Helendahl-Hofstätter, simptomul; vezi Hofstätter-Cullen-Helendahl, simptomul. (A.W.)

Heller, complexul simptomatic; *dystrophia ungium mediana canaliformis.* Se caracterizează prin existența în limbul unghiei, cel mai adeseori la police, a unor canale care merg de la marginea liberă la loja unghială. În patogeneza lui se acordă un anumit rol traumatismului.

Bibl. — RONCHESE F.: *Arch. Dermat. Syph.*, 1951, 63, 565. (A.W.)

Heller-Döhle, boala; *Döhle-Heller Mesaortitis; mesaortitis luetica; syphilitische Aortitis;* descrisă în 1885. Reprezintă inflamația sifilitică mezaortică cu apariție tardivă, manifestîndu-se îndeosebi cu senzația de constricție în aria cardiacă, mai frecvent cu aortalgie; uneori determină pulsație în incizura jugulară, matitate în regiunea sternală, la nivelul coastelor I—II. Se constată suflu sistolic deasupra aortei, zgomotul II întărit, clacant, tensiunea arterială normală. Radiologic, bulbul aortic apare dilatat. Boala se observă la persoane adulte, mai frecvent la bărbați.

Bibl. — RYBACKI T.: *Wiad. Lek.*, 1956, 22, 1 033. (A.W.)

Heller-Weygand (1908), boala; *dementia infantilis; dementia praecoccisima; phrenastenia paretico-aphasica tarda; schizofrenia infantilis;* demența infantilă. Apare de obicei la vîrsta de 3—4 ani. Inițial se observă tulburările de vorbire (parafazie, afazie amnestică, neologism, perseverație, ecolalie), apoi sărăcirea treptată a vocabularului, pînă la mutism total. Procesul demențial se accentuează treptat. Concomitent se observă excitație psihomotorie, caracteropatie, disforie. (A.W.)

Hennebert, simptomul; descris în 1911. Se manifestă în timpul probei pneumatice, în cazurile de sifilis congenital tardiv. Constă din nistagmus sau mișcări oculare încetinite nestabile și neregulate. Creșterea presiunii aerului în conductul auditiv extern determină nistagmus în direcția urechii examinate, sau o mișcare lentă a globilor

Scanned with OKEN Scanner

oculari, în sens opus. Nistagmusul poate fi de diferite aspecte: orizontal, vertical, oblic, orizontal-rotator sau rotator.

Bibl. — HENNEBERT: Belg. Ges. Ohrenheilk. 21 Jahresvers. Gent., 1911. (A.W.)

Henner, simptomul; în tumorile lobului frontal. Retropulsiune care se accentuează progresiv, terminîndu-se cu căderea bolnavului. (A.W.)

Henoch (1961), boala; coreea electrică *(chorea electrica).* Se observă la copii, sub forma de contracţii musculare coreice rare (3—5 ori/min.), la nivelul cefei şi centurii scapulare. (D.B.)

Henoch, boala; purpura fulminantă *(purpura fulminans);* descrisă în 1874. Se observă rar, fără cauză decelabilă sau ca o complicaţie a bolilor infecţioase acute. Constă în purpură cu evoluţie foarte dramatică, de cele mai multe ori fatală. Erupţia hemoragică este simetrică, întins diseminată, localizată pe faţa extensoare a extremităţilor, afectează şi ţesutul subcutanat. Deasupra focarelor de purpură se formează vezicule cu conţinut hemoragic. Concomitent cu dezvoltarea bolii se intensifică anemia cu leucocitoză neutrofilă şi deviere la stînga, hipergamaglobulinemia. În măduva oaselor este crescută proporţia de reticulocite şi eozinofile. Frecvent există hematurie. Este considerată ca o alergoză.

Bibl. — HORSTERS H.: Z. *inn. Med.,* 1953, 8, 862. (D.B.)

Herbert, foveolele; descrise în 1904. Adîncituri de culoare închisă a corneei, rămase după rezorbţia granulaţiilor, de formă ovală, de culoare albă-cenuşie, înconjurate de capilare, şi situate profund în special lîngă limb, în ţesutul adipos. Se observă în trahom.

Bibl. — HERBERT: *Transact. Ophtalm. Soc.,* 1904, 24, 67. (A.W.)

Heringham, sindromul; varietate a atrofiei musculare progresive; descris în 1889. Predomină tremurătura fibrilară a muşchilor (vezi Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann, boala). (D.B.)

Herlitz, complexul simptomatic; formă gravă de pemfigus. Se caracterizează prin apariţia de flictene imediat după naştere; evoluţia este foarte gravă, terminîndu-se cu moarte.

Bibl. — HERLITZ: *Acta Paediatrica,* 1934, 35, 17, 315. (A.W.)

Herman, metodă de a intensifica reflexul patelar; vezi Jendrassik, simptomul. (D.B.)

Herman (1949), reflexul; reflexul tonic plantar din focarele patologice localizate în lobul frontal. Constă în exagerarea reflexului plantar, cu contracţia tonică şi reflex de apucare, al degetelor piciorului.

Bibl. — HERMAN E.: *Przegl. lek.,* 1949, 5, 2, 23. (D.B.)

Herman, reflexul; vezi Erb-Goldflam, boala. (D.B.)

Herman, simptomul aplauzelor; în sciatică. Se bazează pe observaţia că, în cazul cînd reflexul tendonului Achille este slab, lovitura cu ciocanul de reflexe pe tendon produce zgomotul de aplauze. Simptomul poate să apară încă din perioada care precede diminuării reflexului ahilian sau areflexiei. (D.B.)

Herman, simptomul ceafă-haluce; în evoluţia meningitei tuberculoase. Constă în flexiunea fibrilară a halucelui, uneori cu flexiunea plantară a restului degetelor şi poziţia acestora în evantai, consecutiv înclinării pasive a capului înainte, bolnavul fiind în decubit ventral cu genunchii în extensiune. Simptomul indică leziunea ţesutului cerebral la nivelul zonei motorii a cortexului şi al căilor piramidale (meningoencefalita tuberculoasă).

Bibl. — HERMAN: *Pol. Tyg. lek.,* 1949, 21, 632. (D.B.)

Herman (1949), simptomele; în miastenie; dau posibilitatea de a diagnostica forma dureroasă a miasteniei — miastenia gravă pseudoparalitică dureroasă *(myastenia gravis pseudoparalytica dolorosa).* Constă în crize dureroase la nivelul muşchilor feţei, trunchiului sau extremităţilor (vezi Herb, boala). (D.B.)

Herman (1953), sindromul; atrofia progresivă a muşchilor cu sindrom Cushing sau simptomele aşa-numitei craniopatii metabolice. (D.B.)

Herman (1937), sindromul; cianoză marmorată generalizată *(livedo racemosa universalis)* angiogenă posttraumatică.

Scanned with OKEN Scanner

Tulburări psihice, tulburări de vorbire, simptome difuze piramidale şi extrapiramidale.

Bibl. — HERMAN E., SULAT H.: *N.N.P.D.*, 1957, VII, 1, 35. (D.B.)

Herrenschwand, heterocromie iriană; *Sympaticus-Heterochromie;* descrisă în 1918. Heterocromie iriană — urmare a bolilor de provenienţă simpatică — a cărei manifestare este simptomul Horner (vezi) de partea irisului mai deschis la culoare. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — HERRENSCHWAND: *Klin. Mbl. Augenhk.*, 1918, 60, 467. (A.W.)

Herrick, boala; anemia drepanocitară *(anaemia drepanocytica);* drepanocitoza; siclemia; anemia falcipară *(sickle anemia, Sichelzellanämie, Meniskozytenanämie);* anemia africană *(african anemia);* descrisă în 1910. Hematiile au forma de seceră. În cazuri izolate, modificarea formei hematiilor nu apare decît după ce picătura a stat peste 10 minute. Se intensifică treptat anemia, creşte numărul reticulocitelor; se observă crize periodice, urmate de icter, hiperbilirubinemie, urobilinogenurie, mărirea splinei şi ficatului. Un simptom asociat frecvent bolii este ulceraţia gambei.

Bibl. — MASON V.: *Amer. J. Med.*, 1929, 79, 1 318. (D.B.)

Herring, simptomul: prezenţa, imediat după moarte, a unui fin suflu supramanubrian. (A.W.)

Herter, boala; vezi Heubner-Herter, complexul simptomatic. (D.B.)

Hertogh, simptomul; lipsă mai mult sau mai puţin accentuată a genelor de partea temporală a pleoapelor. Se observă, între altele, în complexul simptomatic Siemens (vezi), în hipotiroidie.

Bibl. — FRANCESCHETTI A., JACCOTET M., JADASSOHN W.: *Ophtalmologica*, 1957, 133, 259. (A.W.)

Hertwig-Magendie, simptomul: devierea unui glob ocular în sus şi median, iar a celuilalt în jos şi lateral, ca urmare a lezării fasciculului longitudinal medial de partea ochiului deviat în sus. (A.W.)

Heryng, simptomul; descris în 1890. Becul aprins al diafanoscopului, introdus în cavitatea bucală a unui bolnav al cărui maxilar conţine puroi, polipi sau o tumoare determină iluminarea regiunii suborbitare şi a pleoapelor, numai de partea sănătoasă. (A.W.)

Hess, reflexul diafragmatic; modificare a reflexului muscular abdominal. Constă în contracţia diafragmului, decelabilă la palpare la nivelul apendicelui xifoid, consecutivă percuţiei cutiei toracice la nivelul mamelonului. (D.B.)

Hesselbach, hernia; hernia femurală externă *(hernia femoralis externe).* Este o formă destul de rară a herniei femurale, al cărui canal se găseşte nu în teacă vasculară, ci în teacă musculară *(lacuna musculorum).* (D.B.)

Heubner-Herter, complexul simptomatic; *syndrom Heubneri; infantilismus intestinalis; steatorhea idiopatica; morbus coeliacus; Herter's disease; intestinal sprue non tropical infantilis; maladie de Gee; idiopatische Steatorrhoe; Spätatrophie; schwere Veradaungsinsufficienz beim Kinde jenseits des Säuglingsalters; Zöliakie Syndrom;* descris de Gee în 1888. Este vorba de o insuficienţă cronică a tubului digestiv, la copii cu hipoplazie intestinală. Se manifestă cu distrofie generală gravă, scaune frecvente, fetide, erupţie dentară tardivă. Abdomenul este mărit, balonat; coexistă ascită, mioatrofie, tulburări psihice. Radiologic se constată importantă osteoporoză şi simptome de rahitism foarte avansat. Se deosebesc: o formă primitivă, fără cauză aparentă şi una secundară, în legătură cu rahitismul, helmintiaza sau tuberculoza intestinală.

Bibl. — LEHNDORF H., MANTER H.: *Erg. inn. Med.*, 1937, 31, 456. (A.W.)

Heubner-Schilder-Foix, sindromul; vezi Schilder, boala. (A.W.)

Heuter, simptomul; constă din dureri în articulaţia umărului, în caz de flectare a extremităţii în articulaţia cotului, cu antebraţul întors. Se observă în cazurile de traumatism al muşchiului biceps brahial.

Bibl. — MERCER W.: *Orthop. Surg.* 1948, 800. (A.W.)

Hicks (1922), boala; neuropatia radiculară senzorială ereditară *(hereditary sensory radicular neuropathy).* Constă în absenţa sensibilităţii la nivelul policelui, cu apariţia de ulceraţii iritante, de dureri „vii" în diferite părţi ale corpului. Există

Scanned with OKEN Scanner

şi slăbirea bilaterală a auzului, pînă la surditate completă, inclusiv areflexie la nivelul extremităţilor inferioare. (D.B.)

Higier (1912), *epilepsia procursiva;* trăsătura caracteristică o reprezintă obnubilarea în timpul căreia bolnavul aleargă pînă la totala epuizare fizică. (A.W.)

Higoumenakis, simptomul; unul din simptomele sifilisului congenital, constînd din apariţia la capătul sternal al claviculei a unei îngroşări sau tumefieri, uni- sau bilaterală, urmare a îngroşării periostului.

Bibl. — JABLONSKA S.: *Kron. Wener.*, 1948, 8. (A.W.)

Hilger, complexul simptomatic; descris în 1949. Simptome: dureri recidivante ale laringelui, de obicei unilaterale, cu debut brusc, însoţite de cefalee şi dureri cervicale, sensibilitate la durere a ganglionului limfatic situat la ramificarea arterei carotide, senzaţie de obstacol şi plenitudine laringiană. Boala evoluează fără congestie laringiană, febră sau leucocitoză. Cauza o reprezintă dilatarea paroxistică a anumitor ramuri periferice ale arterei carotide externe, cel mai adeseori aproape de ramificarea arterei carotide comune, unde este situat ganglionul limfatic dureros.

Bibl. — HILGER J. A.: *Laryngoscope*, 1949, 59, 829. (A.W.)

Hill, simptomul: creşterea importantă a presiunii arteriale sistolice (cu 80—100 mm) în arterele extremităţilor inferioare, în comparaţie cu presiunea sistolică determinată la artera radială. La persoanele sănătoase această diferenţă nu depăşeşte 40 mm. Se observă în insuficienţa valvulelor aortice, hipertiroidie, mai rar în scleroza vasculară, anastomozele arteriovenoase. Nu are o importanţă practică deosebită.

Bibl. — HILL R., ROWLANDS R. A.: Heart, 1911, 19, 12, 3, 219. (A.W.)

Hippel, boala; boala Hippel-Lindau; boala Hippel-Czermak-Lindau; *angiomatosis retinae; gliomatosis retinae; l' angiomatose capillaire kystique;* descrisă de Panas şi Remy în 1879, de Fuchs în 1882, de Galenzowski în 1886, de Dzialowski în 1900 şi de Hippel în 1904. Este o boală a vîrstei tinere, dar poate apărea şi la persoane în vîrstă. Caracteristice şi primitive sînt leziunile vasculare — angioame; proliferarea glială, formarea exsudatului etc. sînt secundare. Dacă procesul patologic afectează şi cerebelul (Brandt, 1921), regiunea ventriculului IV şi alte organe (suprarenalele, rinichii, ficatul, pancreasul şi oasele) se vorbeşte de boala Hippel-Lindau *(angiophakomatosis retinae et cerebelli).* Sînt descrise forme fruste (de exemplu microangiom solitar al retinei), precum şi tumori vasculare ale nervului optic. Etiopatogenic este vorba, probabil, de defecte de dezvoltare intrauterină, în primele luni (a 4-a şi a 5-a). Unii autori includ această boală între facomatoze (vezi boala Bourneville).

Bibl. — 1. GOLIAS-MAKOWSKA J.: *Klinika Oczna*, 1958, 28, 61.
2. LEBEHOV R. I.: *Vestnik oftalmologhii*, 1960, 73/6, 41. (A.W.)

Hippel, inflamarea malignă a scleroticei; vezi Szily, scleroperikeratita. (A.W.)

Hippel-Lindau, boala; angiomatoza retino-cerebrală *(angiomatosis retino-cerebralis):* prezenţa de angioame ale cerebelului, cel mai frecvent, mai rar ale punţii, bulbului, măduvei spinării sau creierului şi de angiom al retinei. În plus se găsesc diferite displazii şi prezenţa de tumori ale organelor interne în formă de chisturi (rinichi, pancreas, ovare, suprarenale, splina) mai rar de angiom sau hipernefrom.

Bibl. — v. HIPPEL: Der über die 31 Vers. d. Ophtalm. Ges., 1903, 199; LINDAU A.: *Acta Path. scand.*, 1926, Suppl. 1—128. (D.B.)

Hirschberg, reflexul; în leziunile căilor piramidale: adducţia piciorului, consecutivă excitaţiei tactile a halucelui. (D.B.)

Hirschprung, boala: *morbus Hirschprungi;* dilatarea idiopatică a colonului *(dilatatio colonis idiopatica);* descrisă în 1888. Este un defect de dezvoltare, care constă în absenţa celulelor ganglionare la nivelul unor segmente limitate ale intestinului gros. Colonul este marcat dilatat şi alungit. Boala se observă la adulţi şi copii, produce constipaţii rebele, absenţa de eliminare a gazelor, mărirea importantă a abdomenului. Starea generală este alterată, creşterea întîrziată, apare anemie. Prognosticul depinde de întinderea procesului. În cazurile în care este afectat întreg intestinul gros sau cea mai mare parte a acestuia, sfîrşitul poate fi fatal. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

His-Werner boala; febra ondulantă *(febris wolhynica)*; febra la 5 zile *(febris quintana)*; febra nevralgică periodică *(febris neuralgica periodica)*; febra tibialgică; descrisă în 1916. Agentul patogen este *Rickettsia quintana*, iar transmiţătorul este păduchele de corp, mai rar cel de cap. Mecanismul de infecţie este acelaşi ca în tifosul exantematic. Perioada de incubaţie durează 3 săptămîni. Debutul bolii este brusc, cu frisoane, temperatură mare, cefalee (în special înapoia globilor oculari), dureri osoase. Precoce (1—3 zile de boală) apare erupţia rozeoliformă pe pielea abdomenului şi toracelui, se măreşte splina. Evoluează în formă de accese (temperatură ridicată la fiecare 5 zile, sau cu aspectul unei febre tifoide; există şi forme abortive. Durează cîteva săptămîni. Prognosticul este favorabil. (D.B.)

Hittmair, boala; leucoza acută mixtă mieloido-monocitară. Evoluţia clinică este aceeaşi ca în reticuloendotelioza leucemoidă (vezi Reschad-Schilling, boala). Examenul măduvei oaselor arată proliferarea generalizată a celulelor originare din sistemul reticulohistiocitar (histiomonocite) şi din mieloblaşti. (D.B.)

Hodgkin-Corrigan, sindromul: vezi Corrigan, sindromul. (A.W.)

Hodgkin - Paltauf - Sternberg, boala; *lymphogranulomatosis maligna; lymphogranuloma; lymphomatosis granulomatosa; malignant lymphoma; adénie éosinophilique prurigène;* limfogranulomatoza; descrisă pentru prima dată de Hodgkin în 1832. Debutul bolii este insidios (adinamie, stare subfebrilă sau febră de tip Rea-Ebstein, cu perioade intermitente de afebrilitate, prurit, erupţii cutanate). Iniţial este mărit un grup de ganglioni limfatici, îndeosebi superficiali, care iau aspect de pachet neaderent la ţesutul înconjurător, nedureros. În perioada de generalizare a bolii sînt prinse şi alte grupe ganglionare, cu timpul putînd fi afectaţi aproape toţi limfoganglionii. Splenomegalie. Adenopatiile pot produce fenomene de compresiune a organelor vecine. La examenul hematologic se constată: anemie progresivă, cu anizocitoză, poikilocitoză, normoblastoză şi reticulocitoză; numărul leucocitelor este cel mai adesea crescut; neutrofilie, eozinofilie, monocitoză şi limfopenie. În ganglionii limfatici se constată proliferarea elementelor sistemului reticuloendotelial, cu numeroase celule reticulare mari şi celule gigant tip Sternberg, la care se adaugă polimorfonucleare neutrofile şi eozinofile, plasmocite, mastocite şi limfocite; într-o fază ulterioară se produce hiperplazie de celule conjunctive — fibroblaşti şi fibre colagene. Evoluţia bolii este în general lentă, cu perioade de remisiune. Prognosticul este totdeauna nefavorabil.

Bibl. — HOSTER şi colab.: *Cancer Res.*, 1948, 8, L. (A.W.)

Hodgson, boala; insuficienţa valvulelor aortice, determinată de ectazia sau scleroza segmentului iniţial al aortei ascendente (valvulele aortice fiind indemne). (A.W.)

Hoeve van der, simptomul; descris în 1910. Constă din mărirea de 3—4 ori a petei Mariotte, în cîmpul vizual. Nu este însoţit de leziuni vizibile oftalmoscopic în regiunea papilară. Se observă ca simptom foarte precoce în 50% din cazurile de boli ale cavităţilor nazale posterioare, îndeosebi polipi, rinită, tumori, mai rar în caz de boli ale sinusurilor sfenoidal, frontal şi maxilar. Cedează, de obicei, după intervenţia chirurgicală asupra sinusului bolnav. (A.W.)

Hoeve van der, simptomul proteinelor albastre; boala Eddowes; complexul simptomatic Eddowes — van der Hoeve; complexul simptomatic Adair-Dighton; *ostéopsathyrose de Lobstein; osteogenesis imperfecta.* Descris de Eckmann, în 1788, de Lobstein în 1825, de Ammon în 1841, de Eddowes în 1921 (proteinele albastre), de Stephenson, Hermann, Barr (friabilitatea osoasă), de van der Hoeve şi de Klein (surditatea), în 1916 de Behr şi Freytag (predispoziţia la luxaţii şi subluxaţii spontane). Acest complex simptomatic se caracterizează prin prezenţa proteinelor albastre, friabilitate osoasă şi tulburări auditive sau surditate, simptomele auditive apărînd mai tardiv, de obicei la pubertate. Se deosebesc două tipuri ale acestui complex simptomatic: 1) *osteogenesis imperfecta congenita* (tip Vrolik-Durant), în care fracturile osoase se produc intrauterin sau imediat după naştere; 2) *osteogenesis imperfecta tarda* (tip Lob-

Scanned with OKEN Scanner

stein), în care proteinele albastre există de la naştere, iar friabilitatea osoasă („omul de sticlă") apare mai tîrziu. Friabilitatea osoasă se atenuiază mult după vîrsta de 25 de ani. În cauză este o anomalie de dezvoltare a ţesutului mezenchimal, de etiologie necunoscută.

Bibl. — MAJEWSKI K. W.: *Klinika Oczna*, 1933, 11, 155. (A.W.)

Hoffmann, pata congenitală; *(naevus ulotrichicus capillitii)*. Pe pielea păroasă a capului se găsesc focare limitate, cu diametre de cîţiva centimetri, în care părul — în rest nemodificat — mai subţire, răsucit în spirală, creşte pe pielea neregulată, ridată şi de culoare mai închisă.

Bibl. — HOFFMANN E.: *Dermatologica (Basel)*, 1953, 107, 281. (D.B.)

Hoffmann (1900), reflexul; *(snapping reflex)*; descris de elevul autorului Curschmann, în localizarea procesului morbid la nivelul C_7—C_8 şi în leziunile căilor piramidale. Se strînge puternic falanga medie a degetului al III-lea cu pumnul în flexiune şi se flectează spre palmă brusc ultima falangă a degetului al III-lea; se produce flexiunea şi adducţia reflexă rapidă a policelui. (D.B.)

Hoffmann, sindromul; forma abortivă a atrofiei musculare progresive. Boala are o evoluţie neprogresivă, cu hipertrofii şi atrofii musculare limitate (vezi Erb, boala). (D.B.)

Hoffmann, sindromul; varietate a atrofiei musculare progresive, forma bulbaroparalitică (vezi Erb, boala). (D.B.)

Hoffmann-Bouveret, sindromul; tahicardia paroxistică *(tachycardia paroxysmalis)*; vezi Bouveret, sindromul. (D.B).

Hoffmann-Habermann, complexul simptomatic; melanodermita toxică *(melanodermitis toxica)*; hiperpigmentoza toxică. Boala a fost descrisă în 1918. Se observă la bărbaţi care — prin profesie — vin în contact cu substanţe care produc reacţii alergice la lumină (gudron, uleiuri lubrifiante, semifabricate). După dispariţia fenomenelor inflamatoare apare hiperpigmentaţia simetrică în formă de reţea, la care se asociază cornificarea orificiilor foliculilor piloşi *(boutons d'huile)* şi uneori vezicule pe faţa dorsală a mîinilor, umplute cu un exsudat seros. Evoluţia bolii este cronică, starea generală este bună.

Bibl. — JABLONSKA S.: *Przegl. Derm.*, 1949, 36, 45. (D.B.)

Hoffmann-Lukasiewicz, perifoliculita capului abcedantă şi disecantă *(perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens)*; *(acne conglobata* Lang); inflamaţie perifoliculară purulentă a pielii păroase a capului. Concomitent cu infecţia cu stafilococ auriu şi cu streptococ se insistă asupra importanţei hipovitaminozei, în special vitamina D, precum şi a alergiei faţă de stafilococ (Watrin, Roset). Clinic se aseamănă foarte mult cu acneea flegmonoasă conglobată *(acne flegmonosa conglobata)*. Elementele perifoliculare patologice (tuberculi) se necrozează, formînd microabcese cu fistule. Cel mai frecvent se localizează în regiunea occipitală şi pe faţa posterioară a gîtului, mai rar în regiunea anală şi fesieră.

Bibl. — LUKASIEWICZ W.: *Arch. Derm.*, 1891, 57; GOLDSCHLAG F.: *Przegl. Derm.*, 1932, 32, 458. (D.B.)

Hoffmann-Zurhelli, pată congenitală; nevul lipomatos *(naevus lipomatosus)*. Reprezintă o aglomerare de noduli şi papule care proeminează cu cîţiva milimetri deasupra nivelului tegumentelor, au diametru de cîţiva centimetri, culoare gălbuie, sînt nedureroşi. Se presupune că celulele petei congenitale au fost înlocuite de celule adipoase.

Bibl. — BLUMENTHAL F.: *Arch. Derm. Syph. (Berl.)*, 1955, 72, 279. (D.B.)

Hoff-Schilder, simptomul discordanţei: întinderea înainte a unei extremităţi cu ochii închişi produce, în bolile cerebelului, o deplasare mai intensă de partea focarului. (D.B.)

Hoff-Schilder, simptomul tremurăturii; vezi Weisman, simptomul. (D.B.)

Hoffy, boala; *périarthrite lipomateuse du genou; maladie de Hoff*. Constă din dezvoltarea (cel mai adeseori sub influenţa traumatismelor repetate) ţesutului adipos edematiat, care se găseşte pe suprafaţa posterioară a ligamentului propriu al rotulei (corpuscul adipos Hoffy), în urma cărui fapt apar dureri mari şi greutate la mers.

Bibl. — NEUMEYER G.: *Orthopädie*, 1948, 58. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Hofstätter-Culen-Helendahl, ombilicul albastru; coloraţie albastră a tegumentelor din regiunea ombilicală, care apare datorită hemoragiilor subcutanate transvazării lichidului sanguinolent din cavitatea abdominală, persistenţei vaselor ombilicale şi prezenţei sîngelui în cavitatea abdominală. Se observă foarte rar, cel mai frecvent în caz de sarcină extrauterină, dar şi în caz de torsiune a pediculului unui chist şi a existenţei de lichid sanguinolent în cavitatea abdominală.

Bibl. — KELLER T.: Lehrbuch der Geburtshilfe, Basel, 1948. (A.W.)

Holmes, boala: *atrophia olivocerebellaris;* atrofia olivo-cerebeloasă. Simptomele sînt aceleaşi ca în boala Déjérine-Thomas. (A.W.)

Holmes, simptomul: punerea în evidenţă a unei dilatări manifeste a ortodiagramei cardiace, către bază, atunci cînd bolnavul se găseşte în poziţia Trendelenburg şi către diafragm, atunci cînd bolnavul se află în ortostatism. Se observă în pericardita exsudativă. (A.W.)

Holmgren (1923), reflexul; în hemiplegie. Fricţionarea tegumentului de pe frunte determină o contracţie musculară lentă, tonică a muşchiului frontal, de obicei bilateral. (A.W.)

Holzknecht, simptomul: deplasarea mediastinului, la radioscopie, de partea bolnavă în timpul inspiraţiei. Se observă în cazurile de obturare a lumenului bronşic. (A.W.)

Holzknecht-Jackobson, sindromul; *periarteriitis nodosa;* vezi Kussmaul-Meier, sindromul. (A.W.)

Homen (1890), sindromul; se observă în cazul leziunilor nucleului lenticular: vertij, mers nesigur, vorbire estompată, amnezie, demenţă lent progresivă, rigiditate musculară, îndeosebi a membrelor inferioare. Actualmente, sindromul este considerat drept manifestare a distrofiei hepato-lenticulare. (A.W.)

Hone, boala; boala Maxcy; rickettsioza endemică murină *(rickettsiosis endemica murina);* tifos exantematic murin *(typhus exanthematicus murinus);* tifos produs prin purici *(flea-born typhus);* tifosul exantematic epidemic sau al şobolanilor; tifosul mexican, tifosul malaiez de oraş; tifosul manciurian; descrisă în 1922. Este produsă de *Rickettsia mooseri,* care este transmisă în special de purici *(Xenopsylla cheopsis),* a căror gazdă este şobolanul. Tabloul clinic aminteşte tifosul exantematic epidemic, totuşi evoluează mai uşor şi pe o durată mai scurtă. Diagnosticul se pune pe baza datelor de laborator. (D.B.)

Hopf, *acrokeratosis verruciformis;* keratoză veruciformă a mîinilor şi picioarelor; descrisă în 1930. Apare în copilărie, fiind socotită o varietate a nevului epitelial indurat. Papulele hiperkeratozice proeminente au dispoziţie liniară, pe suprafeţele dorsale ale mîinilor şi picioarelor.

Bibl. — NIEDELMAN M. L.: *Arch. Dermat. Syph.,* 1947, 56, 48. (A.W.)

Horner, complexul simptomatic; complexul simptomatic Claude Bernard; sindromul Claude Bernard-Horner; descris în 1852 de Claude Bernard, iar în 1869 de Horner. Se caracterizează prin mioză (pareza muşchiului dilatator al pupilei), care apare la întuneric. Pleoapa este parţial ptozată (pareza muşchiului ridicător al pleoapei superioare), iar globul ocular este enoftalmic (pareza muşchiului orbitei Müller; Lenert consideră această enoftalmie doar aparentă, datorită ptozei palpebrale). Aceste tulburări pot să apară consecutiv paraliziei periferice, produsă, de exemplu, de compresiunea de către limfoganglionii măriţi sau de o tumoare (de cele mai multe ori malignă) a reţelei sau ramurilor simpatice. Pot fi de asemenea consecinţa leziunilor bulbului sau măduvei spinării, deseori ca rezultat al siringomieliei. De obicei, de aceeaşi parte a feţei există tulburări vasomotorii, iar într-o perioadă mai tardivă se observă, frecvent, diminuarea secreţiei sudorale. Uneori apare concomitent paralizie parţială inferioară a plexului brahial, aşa-numita paralizie Klümpke. Între sechelele tardive, în special la tineri, este inclusă şi diferenţa de culoare a irisului (mai deschisă de partea lezată).

Bibl. — GILES C. L., HENDERSON J. W.: *Amer. J. Ophtal.,* 1958, 46, 289. (D.B.)

Horton, complexul simptomatic; *histaminic cephalgia; suicide headache;* descris în 1952. Se caracterizează prin cefalee violentă unilaterală, care apare nocturn

Scanned with OKEN Scanner

sau în timpul odihnei. Se deosebeşte de migrenă prin lipsa simptomelor prodromale. Durerea îl trezeşte pe bolnav din somn, durează 15 pînă la 90 de minute şi încetează brusc. În decursul unei nopţi se poate repeta de mai multe ori. În timpul accesului apar lăcrimare şi hiperemie a conjunctivei de partea bolnavă, asociate cu secreţie apoasă nazală unilaterală şi obstruarea narinară de aceeaşi parte. Simptomele sînt determinate de dilatarea maximă, bruscă, a arterei carotide externe. (A.W.)

Horton - Magath - Brown, sindromul (boala); sindromul Horton-Magath; arterita temporală *(arteriitis temporalis);* descris în 1934. Este o boală inflamatoare a vaselor sanguine, cu modificări decelabile clinic cel mai precoce la nivelul arterelor temporale şi arterelor centrale ale retinei. Începe cu astenie, greţuri, vărsături, cefalee, în special în regiunea temporală, inapetenţă, slăbire, subfebrilitate, frecvent tulburări de vedere. Într-o perioadă mai tardivă, artera temporală se palpează dură, sinuoasă, dureroasă la presiune; viteza de sedimentare a hematiilor este accelerată, există anemie hipocromă, leucocitoză moderată. Tabloul histologic arată modificări asemănătoare cu cele din periarterita nodoasă (granuloame cu celule gigante). Se observă la subiecţii în vîrstă de peste 50 de ani, mai des la femei. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — HORTON B. T., MAGATH T. B., BROWN G. E.: *Arch. intern. Med.*, 1934, 53, 400. (D.B.)

Hudson, linia, vezi Hudson-Stählie, linia. (A.W.)

Hudson-Stählie, linia; linia Hudson; linia Stählie; *linia cornea senilis;* descrisă în 1911 de Hudson şi de Stählie în 1918. Este vorba de o linie aproape orizontală, neregulat curbată, continuă sau intermitentă, care trece prin centrul corneei sau ceva mai jos. Este deseori colorată în brun sau galben verzui. Linia este situată subcorneean şi nu este determinată de inflamaţie sau traumatism. Se presupune că ar fi provocată de ruptura membranei Bowmann, sau de un produs de descompunere a hemoglobinei. Se observă la persoane în vîrstă de peste 30 de ani, fără să afecteze acuitatea vizuală. La bază stau leziuni degenerative.

Bibl. — DOGGART J. H.: *Brit. J. Ophth.*, 1959, 43, 13. (A.W.)

Hunt, boala. Atrofia nucleilor cerebeloşi, care se manifestă sub două forme: 1) disinergia cerebeloasă progresivă *(dyssynergia cerebellaris progressiva),* în care — alături de diminuarea tonusului muscular, ataxia extremităţilor şi tulburările de vorbire — apare pe primul plan tremurătura intenţională a tuturor grupelor musculare; anatomic se observă leziuni ale nucleilor dinţaţi şi ale fibrelor *brachia conjunctiva;* 2) disinergia cerebelară mioclonică *(dyssynergia cerebellaris myoclonica)* tulburare cerebeloasă chinetică progresivă, mioclonii ale muşchilor scheletici şi crize de epilepsie. Modificările histologice seamănă cu cele ale primei forme. (D.B.)

Hunt, complexul simptomatic; *otitis herpetica; herpes zoster otica; geniculate ganglionitis;* descris în 1907. Apare ca urmare a inflamaţiei ganglionului geniculat, determinată de un virus. Hunt deosebeşte 4 forme clinice: 1) herpes otic fără simptome neurologice; 2) herpes otic cu paralizia nervului facial; 3) herpes otic cu paralizia nervului facial şi slăbirea auzului; 4) herpes otic cu paralizia nervului facial şi simptomele complexului simptomatic Ménière. Debutează cu cefalee şi otalgie unilaterală, precum şi cu herpes al pavilionului urechii şi al conductului auditiv extern. La aceste simptome se pot asocia paralizia nervului facial, vîjîituri în urechi, hipoacuzie, vertij. Simptomul primordial îl reprezintă durerea în aşa numita zonă Hunt (conductul auditiv extern, timpan, pavilionul urechii). Prognosticul este de obicei favorabil.

Bibl. — HUNT J. R.: *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1907, 34, 73. (A.W.)

Hunt, fenomenul paradoxal; în distonia musculară deformantă: flexiunea plantară pasivă a piciorului produce apariţia clonusului în poziţia de flexiune dorsală. Bolnavul poate singur să flecteze piciorul spre plantă. (D.B.)

Hunt, sindromul; boală de etiologie virotică a ganglionului geniculat, cu herpes

Scanned with OKEN Scanner

tipic şi paralizia perechii a VII-a de nervi de tip periferic (vezi sindromul). (D.B.)

Hunt (1921), sindromul; dischinezia mioclonică cerebeloasă. Se manifestă prin crize epileptice generalizate, mioclonii intenţionale şi opoziţionale, simptome cerebeloase cu tulburări brusce ale staticii (căderе). (D.B.)

Hunter, limba *(glossitis Hunteri)*. În forma bine dezvoltată se caracterizează prin atrofia papilelor şi chiar a mucoasei linguale, datorită căreia suprafaţa limbii străluceşte, este complet netedă, ca „dată cu lac". Pe suprafaţa limbii apar benzi longitudinale, iar în cazurile avansate, numeroase ulceraţii mici sau vezicule. Uneori evoluează pînă la atrofia stratului muscular, cu diminuarea volumului limbii. Durerile spontane se intensifică prin ingestia unor alimente fierbinţi sau acide. Histologic, pe lîngă atrofie, se decelează edemul ţesutului conjunctiv şi îngroşarea endoteliului capilar, cu caracter inflamator. Se observă în 90% din cazurile de boală Addison-Biermer şi de asemenea frecvent în asideroza idiopatică (vezi Möller, glosita). (D.B.)

Huntington, boala; coreea cronică Huntington (1872). A fost descrisă anterior de Tilenius (1816), Waters (1841), Horman (1848), Lion (1863); ultimul a denumit boala *coreea ereditară cronică* (chronic hereditary chorea). Se manifestă la vîrsta adultă (29—44 de ani), prin mişcări involuntare, diminuarea tonusului muscular şi tulburări psihice. Boala progresează lent şi duce în final la caşexie. (D.B.)

Hurler, boala; boala Hurler-Pfaundler; *dysostosis multiplex; lipochondrodysplasia; lipochondrodystrophia; chondroosteodystrophia; lipochondrodystrophy; polydystrophie; gargoilysmus*. Descrisă în 1900 de Thomson, în 1907 de Barkan, în 1917 de Gunther şi în 1919 de Gertruda Hurler (pentru prima dată cu leziuni ale corneei). Boală congenitală caracterizată prin infiltraţie lipoidică a multor ţesuturi (în special ficat, splină şi cornee), condrodistrofie, tulburări psihice (oligofrenie şi debilitate mintală progresivă), nanism. Simptomele apar în cea de a 3-a — a 4-a lună de viaţă; bolnavii mor încă înainte de a fi ajuns la vîrsta de 20 de ani, prin insuficienţă circulatoare sau boli ale aparatului respirator. Leziunile corneene sînt bilaterale, apar precoce (uneori dau impresia că sînt congenitale), nu se modifică în timp. Coexistă şi alte simptome oculare: ptoză, epicantus, exoftalmie, strabism, cornee gigantă, glaucom infantil, degenerescenţă pigmentară a corneei, coloboma iriană, dezlipire de retină cu cataractă congenitală, dar fără leziuni corneene, ca şi, foarte rar, atrofie şi edem ale papilei. Etiologia este necunoscută. Sînt descrise familii în care se observă asociată cu boala Morquio (1929).

Bibl. — DOBRZAŃSKA A., KOWALSKA H., KRYSTOSIK J., PACZOS E.: *Polski Tygodn. Lek.*, 1958, 13, 1 549. (A.W.)

Hurwitt, *limphadenitis dermatopathica;* vezi *Pautrier-Woringer, reticulosis lipomelanotica*. (A.W.)

Hutchinson, complexul simptomatic; sudamina; dishidroza *(cheiropompholyx, dysidrosis);* descris în 1875. Boala se observă mai frecvent la femei, vara (influenţa căldurii şi a razelor solare). Etiologia nu este complet elucidată, este demonstrat, totuşi, că boala apare mai des la subiecţii epuizaţi şi la bolnavii cu hiperexcitabilitatea sistemului nervos. Sînt posibile de asemenea tulburările neurotrofice (Leman). Odinioară se incrimina hiperfuncţia glandelor sudoripare. În prezent este stabilit că veziculele nu au nimic comun cu canaliculele glandelor sudoripare şi că ele conţin nu sudoare, ci un exsudat. Localizările cele mai frecvente sînt degetele, palmele şi picioarele. Ca formă latentă a bolii este considerată apariţia fără cauză decelabilă a unei descuamaţii epiteliale a palmelor şi plantelor — exfolierea delimitată a mîinilor şi picioarelor *(exfoliatio areata manuum et peduum)*.

Bibl. — KOWARZ-SOKOLOWSKA H.: *Przegl. Derm.*, 1955, 5, 375. (D.B.)

Hutchinson, dinţii; incluşi în semnele de sifilis congenital; se referă la dinţii permanenţi. Apar ca rezultat al acţiunii nemijlocite a spirochetei asupra mugurilor dentari ai fătului sau asupra organelor care reglează creşterea dinţilor. Modificările interesează incisivii mediali superiori, mai rar pe cei superiori laterali sau cei

Scanned with OKEN Scanner

inferiori mediali (formă de butoi, defecte, semilunare ale marginii incisive).

Bibl. — JABLONSKA S.: *Kron. Wener.*, 1948, 2, 8. (D.B.)

Hutchinson, eritemul indurat, varietatea ulceroasă *(erythema indurativum varietas ulcerosa).* Este o varietate a eritemului indurat Bazin, care constă în necroza nodulilor şi formare de ulceraţii destul de profunde, rezistente la tratament. Restul simptomelor, la fel ca în eritemul indurat. (D.B.)

Hutchinson, faţa; vezi Gräfe, boala. (D.B.)

Hutchinson, lichen-psoriasis; vezi Devergie, boala. (D.B.)

Hutchinson, „lupus în formă de degerătură" *(chilblainlupus);* eritematoidul malign *(erythematodes pernio).* Constă în semne clinice şi histologice tipice pentru lupusul eritematos, localizate pe tegumente cianotice — acrocianoza *(acrocyanosis)* — asemănătoare pielei degerate. Se observă cel mai frecvent la femei. Uneori se asociază tuberculoză cutanată, pulmonară, iar la nivelul oaselor, osteită rarefiantă *(osteitis rarefians).*

Bibl. — BERNHARDT R., BRUNER E., RACINOWSKI A.: *Gruzlica skory,* Poznan, 1932. (D.B.)

Hutchinson, prurigo estival *(prurigo aestival, hydroa aestivale),* eczemă solară *(ecsema solare);* herpesul estival. Spre deosebire de herpesul autumnal Bazin apare la adulţi, cu mult mai frecvent la femei, datorită sensibilităţii crescute, în special faţă de razele ultraviolete ale spectrului solar. După dispariţia manifestărilor cutanate (eritem, papule, vezicule, bule) nu rămîn cicatrice, nici deformaţii. În funcţie de predominanţa elementelor morfologice ale erupţiei s-au creat denumirile: eczema solară, prurigo estival (predominanţa simptomelor de lichenificaţie). Evoluţia este cronică, recidivantă. Nu se decelează tulburări în metabolismul porfirinei.

Bibl. — MICHALOWSKI R., MITRINOWICZ A.: *Dermatologica,* 1949, 99, 6, 337. (D.B.)

Hutchinson, pupila; descrisă în 1878. Pupilă foarte dilatată, complet lipsită de reacţii atît cele nemijlocite, cît şi cele prin simpatie. Este rezultatul creşterii presiunii (tumori, hemoragii). Poate să apară şi ca rezultat al influenţei cortexului asupra centrului contracţiei pupilare. (D.B.)

Hutchinson, triada: asocierea de leziuni ale dinţilor (incisivii superiori mediali — dinţii Hutchinson), ale parenchimului hepatic şi surditate. Este inclusă în simptomele sifilisului congenital tardiv.

Bibl. — JABLONSKA S.: *Kron. Wener.*, 1948, 2, 8. (D.B.)

Hutchinson-Crocker, angiomul serpiginos *(angioma serpiginosum);* angiomul amiboidiform. Din cauze necunoscute apar simetric pe extremităţile inferioare angioame foarte mici, punctiforme, uşor proeminente, unindu-se în inele mici, cu tendinţă la creştere spre periferie şi vindecare în centru. Din această cauză, conturul elementelor este vălurit sau în formă de arc. Uneori se asociază lichenificaţie şi descuamaţie.

Bibl. — MIEDZINSKI F., GOLEBIOWSKA J.: *Przegl. Derm.*, 1956, 2, 105. (D.B.)

Hutchinson-Gilford, complexul simptomatic; senilitatea infantilă sau nanismul senil *(progeria infantilis* sau *nanismus senilis).* Constă în talie mică, atrofia tegumentelor, ţesutului subuctanat şi muşchilor, hipogenitalism, osteoporoză, simptomele unei senilităţi premature.

Bibl. — JABLONSKA S., SAGAL P., LUKASIAK B.: *Przegl. Derm.*, 1958, 8, 3, 277. (D.B.)

Hutchinson-Tay, coroidita în picături *(chorioiditis guttata);* inflamaţia centrală în formă de picături a retinei Tay; degenerescenţa vitroasă; degenerescenţa grăsoasă *(dégénérescence graisseuse);* degenerescenţa albă *(dégénérescence blanche);* retinita circinată *(retinitis circinata)* Fuchs; degenerescenţa circinată a retinei *(degeneratio circinata retinae):* retinopatia circinată *(circinate retinopathy).* A fost descrisă în anul 1875 de Hutchinson şi Tay, iar în 1893 de Fuchs. Constă în afectarea simetrică a zonelor centrale ale retinei şi membranei vasculare, care se observă la vîrstă înaintată. Se caracterizează printr-o bandă de pete albe-luminoase, situate în straturile mai profunde ale retinei, în jurul regiunii centrale, şi prin modificările degenerative de la nivelul petei galbene. Etiologia nu este cunoscută; unii consideră că

Scanned with OKEN Scanner

boala este produsă de peteşii medioretiniene. În prezent se consideră că aceste modificări nu reprezintă o boală izolată, ci că ar fi numai o reacţie secundară a retinei faţă de tulburările circulatoare (capilare sau venoase) şi se observă în cazurile de obstrucţie a venei retinei, retinopatie diabetică, boala Coats-Leber, precum şi în degenerescenţa senilă a petei galbene (forma senilă a bolii Tay-Sachs).

Bibl. — HOUSTON W. R., WISE G. N.: *Arch. Ophthal.*, 1957, 58, 777. (D.B.)

I

Ianişevski, „simptomul buldogului"; semn în parkinsonism şi în caz de boli ale lobilor cerebrali. Contracţia spastică a maxilarelor, în caz de atingere a buzelor sau a mucoasei bucale. (A.W.)

Ianişevski (1913) — **Bechterev** (1915), reflexul de prehensiune; *reflexe de préhension.* Contracţie puternică a degetelor, în caz de atingere de mîna bolnavului. La sugari reflexul este fiziologic; la adulţi apare în diferite boli ale sistemului nervos central, uneori în caz de emoţii puternice (teamă, sperietură). Reflexul de prehensiune poate fi patognomonic, ca simptom izolat, în caz de leziuni ale lobului frontal. Este mai manifest, în cazurile în care „bolnavul stă culcat pe tumoare". (A.W.)

Imperatori (1930), reflexul velo-palpebral; reflex fiziologic. Constă în închiderea ochilor prin excitaţia vălului palatin (vezi Wartenberg, reflexul). (D.B.)

Iselin, boala; osteocondrita bazei primului metatarsian *(osteochondritis basis ossis metatarsi I);* descrisă în 1912. Constă în necroza aseptică subcondrală a bazei primului metatarsian. Etiologia probabil traumatică. (D.B.)

Israel-Wilkinson, boala; boala Machler-Greenberg; anemia acrestică *(anémie achrestique).* Este o anemie megalocitară hipercromă, produsă ca rezultat al pierderii capacităţii măduvei osoase de a utiliza factorul Castle, metabolizat şi depozitat în organism în cantitate suficientă. Rezistenţa hematiilor este diminuată, există bilirubinemie şi urobilinurie.

Bibl. — ISRAEL, WILKINSON: *Lancet*, 1938, 362. (D.B.)

Itard-Cholewy, simptomul; anestezia timpanului din otoscleroză. (D.B.)

Iţenko-Cushing, sindromul; sindromul Achard-Thiers; sindromul Crooke-Apert-Gallaise; hipercorticismul *(hypercorticismus);* adipozitatea osteoporotică endocrină *(adipositas osteoporotica endocrinica);* hiperadrenocorticism *(hyperadrenocortismus);* boala hipersuprarenalei *(morbus hypersuprarenalis);* hiperpituitarismul *(hyperpituitarismus);* bazofilia hipofizară sau pituitară *(basophilismus hypophysarius vel pituitarius);* adenomul bazofil hipofizar *(adenoma basophilicum hypophysis).* Primele observaţii le-a descris Iţenko, apoi Apert în 1910, Gallaise în 1912. Sindromul a fost descris de Cushing în 1932. Este hiperfuncţia primară sau secundară a corticalei suprarenalelor. Sub denumirea de sindrom Iţenko-Cushing se înţelege hiperfuncţia primară

Scanned with OKEN Scanner

a corticosuprarenalelor, consecutivă adenomului sau hipertrofiei acestora, iar sub numele de boală Iţenko-Cushing, cazurile de adenom bazofil al lobului anterior al hipofizei, care produce secundar hiperfuncţia corticosuprarenalei. Afectează cel mai frecvent femeile în vîrstă de 30—40 de ani, deşi poate să apară şi la copii. Constă în adipozitate, care cuprinde în special faţa (facies lunar), regiunea centurei scapulare, coapsele, feţele anterioară şi laterale ale abdomenului („şorţ abdominal") extremităţile rămîn subţiri. Există vergeturi *(striae distensae)* pe coapse şi fese. Pielea este subţire, atrofică, de culoare roză cu acnee şi seboree la nivelul feţei, gîtului şi toracelui; hiperpigmentarea cutanată a mameloanelor şi organelor genitale. Uneori există hemoragii cutanate. Desen cutanat marmorat, iar în unele cazuri, acrocianoză. Hipertensiune arterială. Diabet zaharat insulino-rezistent sau hiperglicemie. Poliglobulie şi hipercolesterolemie. Sindrom heterosexual: cicluri menstruale sporadice sau amenoree, pilozitate excesivă la femei, iar la bărbaţi, semne de feminizare: atrofie testiculară, impotenţă sexuală, mărirea glandelor mamare, absenţa pilozităţii faciale. Se mai găseşte osteoporoză, curburi anormale ale coloanei vertebrale, uneori fracturi osoase spontane; astenie şi depresiune. În urină se decelează o cantitate crescută de 11-oxisteroizi. (D.B.)

Ivemark, sindromul; asplenia; sindrom teratologic al smietriei viscerale *(a teratologic syndrom of visceral symetry);* sindromul absenţei congenitale a splinei cu defecte de dezvoltare a inimii; descris în 1955. Constă în: 1) absenţa congenitală a splinei; 2) defecte de dezvoltare a cordului şi vaselor mari (defecte septale, inimă bi- sau triloculară, persistenţa canalului arterial, stenoza sau obliterarea arterei pulmonare, transpoziţia vaselor mari); 3) inversiunea completă sau parţială a viscerelor. Cauzele sînt necunoscute. Tabloul clinic nu este tipic. Atrage de obicei atenţia cianoza precoce, frecvent colapsul, prin care copilul şi sucombă. La examenul electrocardiografic şi radiologic se decelează dextrocardie. În sîngele periferic se găseşte: număr mare de eritroblaşti, corpi Howell-Jolly, eritrocite în formă de ţintă.

Bibl. — IVEMARK B.: *Arch. Pediatr.*, 1955, 44, 950. (D.B.)

J

Jablonska, pemfigoid; *pemphigus mucosae; pemphigus ocularis;* vezi *dermatitis bullosa mucocutanea chronica Kogoj.* (A.W.)

Jablonska, *pyodermia chronica disseminata;* vezi *dermatitis nodularis necrotica Werther.* (A.W.)

Jaccoud, simptomul; glosoataxia *(glossoataxia)* Jaccoud; în cazul focarelor patologice de la nivelul pedunculilor cerebrali. Constă în disartria consecutivă adinamiei limbii. (D.B.)

Jaccoud, triada; descrisă în 1914. Se caracterizează prin cecitate, paralizia muş-

Scanned with OKEN Scanner

chilor oculari şi nevralgia nervului trigemen. Este o complicaţie a bolii Foix, în cazurile de leziune a căilor vizuale.

Bibl. — JACCOUD: Congr. Soc. Franç. d'Oto-rhino-laryng., 1914. (D.B.)

Jackson, epilepsia; vezi Bravais-Jackson, epilepsia. (D.B.)

Jackson (1876), halucinaţiile vizuale; stare iluzorie *(dreamy state) (uncinate fit).* Crizele epileptice sînt precedate de aură sau — ca echivalent al atacului epileptic — apar stări confuzionale, în care predomină halucinaţiile vizuale. (D.B.)

Jackson, sindromul; hemiplegia alternantă hipoglosică *(hemiplegia alternans hypoglossica);* hemiplegia alternantă cu leziunea perechii a XII-a de nervi. În forma pură se observă, de partea focarului, atrofia şi paralizia zonei corespunzătoare a limbii, iar de partea opusă, hemiplegia. Uneori sînt lezate şi perechile a XI-a şi a X-a de nervi, ceea ce produce atrofie cu reacţie de degenerescenţă a muşchilor trapez şi sterno-cleidomastoidian, precum şi leziunea corzilor vocale şi palatului moale de partea focarului. (D.B.)

Jackson, sindromul; stări iluzorii *(dreamy states);* crize jacksoniene epitemporale: apariţia în pusee a unor stări halucinatorii, în epilepsia temporală. (D.B.)

Jacob (1923), sindromul; rigiditatea musculară senilă *(senile Muskelstarre).* Este un sindrom akinetic-hipertonic amintind boala Parkinson şi se întîlneşte în scleroza vaselor creierului; poate de asemenea să se asemene cu rigiditatea sclerotică a muşchilor Förster *(arteriosclerotische Muskelstarre),* care se observă la bătrîni. (D.B.)

Jacob, sindromul; vezi Bingswanger, sindromul. (D.B.)

Jakob-Creutzfeldt (1921), boala; *pseudosclerosis spastica; degeneratio cortico-striato-spinalis; degeneratio cortico-pallido-spinalis* vel *encephalo-myelopathia disseminata Davisoni; degeneratio pyramido-pallidalis amyotrophica Sterlingi.* Se observă la vîrstă mijlocie şi înaintată. Progresiv, evoluează un sindrom spastic hipertonic-hipokinetic (parkinsonism) cu tulburări dispraxice, tulburări psihice (stări anxioase, depresiune, stare de obnubilare, demenţă). În ultimii ani ai vieţii pot apărea accese de epilepsie. (A.W.)

Jacobi, boala; *poikilodermia atrophicans vascularis;* poikilodermia reticulată pigmentară; descrisă în 1909. Apare fără cauză aparentă, în special la trunchi, faţă, gît, mai rar în alte regiuni. Iniţial se observă zone de hiperemie sau papule, ulterior leziuni atrofice, hiperpigmentaţie, depigmentaţie, dilataţii vasculare cu aspect reticulat; toate acestea dau un aspect pestriţ leziunilor cutanate. Forma simptomatică a poikilodermiei reticulate atrofice se observă în boli ale sistemului reticuloendotelial: micozis fungoid, limfogranulomatoză etc. Manifestările cutanate sînt identice în cele două forme.

Bibl. — BERNHARDT R.: *Przegl. Dermat.,* 1924, 103. (A.W.)

Jacobi, *stomatitis neurotica chronica;* vezi *ulcus neuroticum mucosae oris Leblowitz.* (A.W.)

Jacobsohn-Lask (1908), reflexul; reflex al flexorilor digitali, determinat de percuţia uşoară a epifizei inferioare a radiusului. Odată cu reflexul periostal tipic al radiusului apar şi contracţii ale flexorilor digitali. Acelaşi reflex a fost descris şi publicat de Kempner, în 1926. Prezenţa acestui reflex indică fie o leziune a căilor piramidale, fie o hiperexcitabilitate nervoasă. (A.W.)

Jacquemier-Kluge, simptom precoce de sarcină: culoarea albăstrie sau violetă a mucoasei vaginului.

Bibl.. — VOLKMANN H.: Medizinische Terminologie, München-Berlin, 1951. (D.B.)

Jacquet, eritem papulos fesier posteroziv *(érythème papuleux fessier post-érosive);* vezi Parrot, boala. (D.B.)

Jacquet-Darier, complexul simptomatic; hidradenoame eruptive *(hidradénomes éruptifs);* siringocistadenomul *(syringocystadenoma);* siringomul *(syringoma)* Töröck, epiteliomul chistic benign *(épithéliome kystique bénin)* Jacquet; celulom epitelial eruptiv *(cellulome épithélial éruptif)* Quinquaud; chistadenom epitelial benign *(cystadénome épithélial bénin)* Besnier; limfangiomul tuberos multiplu *(lymphangioma tuberosum multiplex)* Kaposi; siringocistomul *(syringocystoma)* Neumann; hemangioendoteliomul tuberos multiplu *(haemangioendothelioma tuberosom multiplex)* Jarisch; adenomul glandelor sudoripare.

A fost descris în 1872. Se observă cel mai des la femei, pe gît, faţa anterioară a toracelui, abdomen. Constă în noduli mici, de dimensiunile unei gămălii de ac pînă la cele ale unui bob de mazăre, rotunzi sau ovali, de culoarea pielii normale sau gălbui, cu suprafaţa netedă, de consistenţă moale. Nu produce simptome subiective şi nu se malignizează. Formaţiunile provin din rudimente ectopice de glande şi canale sudoripare.

Bibl. — CZARNOCKI R.: *Pol. Gaz. Lek.*, 1922, 970. (D.B.)

Jacquet-Sevestre, eritem sifiloid postceroziv; vezi Parrot, boala. (D.B.)

Jadassohn, boala; *anetodermia maculosa s. maculata;* anetodermia eritematoasă; descrisă în 1891. Boala evoluează progresiv, în decurs de cîţiva ani. Iniţial apar elemente eritematoase şi urticariene, care ulterior se atrofiază. Concomitent cu elemente eruptive noi se văd leziuni rotunde sau ovalare de atrofie cutanată, pielea la acest nivel fiind plisată, sacciformă, colabîndu-se la apăsare. Leziunile se localizează în primul rînd pe trunchi, mai rar la extremităţi. Boala însoţeşte uneori boala Pick-Herxheimer (vezi) şi este considerată ca varietate a dermatitei atrofice progresive. Se presupune că este vorba de o scădere individuală a integrităţii fibrelor elastice.

Bibl. — CHORAZAK T.: *Przegl. Dermat.*, 1930, 51. (A.W.)

Jadassohn, *dermatitis psoriasiformis nodularis;* vezi *parapsoriasis en gouttes.* (A.W.)

Jadassohn, *infiltratio pseudoleucaemica;* vezi sarcoidul Spiegel-Fendt. (A.W.)

Jadassohn, nevul sebaceu; *naevus sebaceus.* Se observă pe pielea capului din regiunea temporală, pe obraji, pe frunte, avînd aspectul unei formaţiuni proeminente, bine delimitate, cu suprafaţă netedă sau ondulată, de consistenţă destul de fermă. Histologic, reprezintă o aglomerare de glande sebacee cu structură normală sau hipertrofice. Uneori se asociază hiperplazia glandelor apocrine şi a foliculilor piloşi.

Bibl. — PERCIVAL G.: *Arch. Belges Derm. Syph.*, 1948, 42, 95. (A.W.)

Jadassohn, semnul: inflamarea marginii roşii a buzelor, uneori şi a tegumentului înconjurător. Este determinată de alergia faţă de anumite substanţe care intră în compoziţia prafului de dinţi şi a pastei de dinţi (salol, pastvin, hexorezorcinol etc.).

Bibl. — JADASSOHN: *Klin. Wschr.*, 1923, 1 680, 1 734. (A.W.)

Jadassohn-Dösseker, complexul simptomatic; *myxoedema tuberosum;* mixedem cutanat nodular; forma nodulară a degenerescenţei mixedematoase cutanate. Descris în 1916. Actualmente este inclus în grupa lichenului mixedematos al pielii *(lichen myxoedematosus s. mucinosis papulosa).* Nu se observă semne de hipofuncţie tiroidiană, nici clinice, nici biologice.

Bibl. — DÖSSEKKER: *Arch. Derm. Syph.*, 1916, 73, 127. (A.W.)

Jadassohn - Lewandowski, complexul simptomatic; *pachyonychia congenita; keratosis disseminata circumscripta; keratosis congenita multiplex Schäfer.* Descris în 1906 şi în 1925. Constă din leziuni distrofice ale unghiilor, hiperkeratoză palmoplantară, tulburare a creşterii părului, leziuni leucoplazice, keratoză foliculară şi formaţiuni veruciforme, mai ales la coate şi genunchi, uneori vezicule plantare. Au fost descrise cazuri asociate cu ihtioză, tulburări oculare şi psihice. Sînt de asemenea cunoscute forme fruste ale acestui complex simptomatic.

Bibl. — JADASSOHN: *Klin. Wschr.*, 1923, 1934, 30, 218. (A.W.)

Jadassohn - Tieche, *naevus coeruleus; naevus bleu;* nevul albastru; descris în 1904. Apare mai rar la nou-născuţi, mai adesea la adulţi, între 20 şi 40 de ani. Se localizează cel mai frecvent la faţă, pe faţa dorsală a mîinilor şi picioarelor. Pata seamănă cu o papulă cu diametru de 3—5 mm. Coloraţia albastră se datoreşte faptului că pigmentul se găseşte în profunzimea pielii, în celulele pigmentare fuziforme care, probabil, provin din celulele Schwann.

Bibl. — DORSEY C. S., MONTGOMERY H.: *J. Invest. Derm.*, 1954, 22, 225. (A.W.)

Jager-King (1955), simptomul: punerea în evidenţă a tremurăturii ereditare, în timp ce bolnavul adună mici bile de sticlă. (A.W.)

Jahnke, sindromul; vezi boala Sturge-Weber. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Jaksch-Hayem-Luzet, sindromul; *anaemia splenica; anaemia pseudoleucaemica infantum; maladie idiopathique t. Jaksch-Hayem; Ziegenmilchanämie;* descris în 1889. Se observă destul de rar, de obicei la vîrsta de 6 luni, mai frecvent la sugarii alimentaţi artificial. Tegumentele sînt palide cu nuanţă gălbuie; există adinamie, anorexie, vărsături, diaree, dispnee, diateză hemoragică, creştere întîrziată; importantă hepato- şi splenomegalie. Deseori se constată şi leziuni de rahitism. Hematologic se găseşte anemie hipocromă manifestă, cu eritroblastemie (normoblaşti, macroblaşti, megaloblaşti), anizocitoză, poikilocitoză, leucocitoză manifestă fără particularităţi specifice, trombopenie. Prognosticul este nefavorabil. (A.W.)

Janbon, sindromul; enterita holeriformă *(entérite choléríforme);* descris în 1952. Este o enterită toxică cu evoluţie acută, frecvent cu colaps, survenind în timpul tratamentului cu antibiotice. În formele cu intoxicaţie marcată se observă simptome cerebrale. Patogenic este vorba de distrugerea de către antibiotice a florei bacteriene fiziologice a intestinului, ceea ce contribuie la dezvoltarea unei flore rezistente la antibiotice, cel mai frecvent stafilococi şi unele ciuperci patogene. (D.B.)

Janet, boala; psihastenia. (D.B.)

Janeway, simptomul: apariţia pe palme şi plante de pete roşii şi echimoze nedureroase. Se observă în endocardita prelungită. (D.B.)

Janin, sindromul; vezi Rosé sindromul. (D.B.)

Janin, tetanosul; vezi sindromul Rosé. (A.W.)

Jarisch, *haemangioendothelioma tuberosum multiplex;* vezi complexul simptomatic Jacquet-Darier. (A.W.)

Jarisch, *trichoepithelioma papulosum multiplex;* vezi *epithelioma adenoides cysticum Bruck.* (A.W.)

Jaworski, simptomele; în apendicita cronică.

Simptomul Jaworski I şi simptomul Meltzer: bolnavul, culcat pe spate, încearcă să ridice membrul inferior drept, întins, în timp ce examinatorul apasă pe genunchi; în timpul acestei manevre, apare o durere vie în regiune cecală, care este condiţionată de încordarea muşchiului ileopsoas, şi de procesul inflamator apendicular.

Simptomul Jaworski II constă din apariţia durerii (sau intensificarea ei) dacă, în timp ce bolnavul ridică membrul inferior drept, se palpează regiunea iliacă dreaptă: apendicele pare încarcerat între mîna examinatorului şi muşchiul psoas iliac contractat. (A.W.)

Jellink, simptomul: pigmentarea pielii pleoapelor. Se observă relativ rar; este exprimat în formele juvenile de hipertireotoxicoză (boala Basedow). (D.B.)

Jendrassik (1885), simptomul; constă în intensificarea reflexului patelar prin întinderea concomitentă de către bolnav a mîinilor strîns unite. Scopul reflexului este acela de a produce slăbirea tonusului cvadricepsului crural. Pentru obţinerea aceluiaşi efect există o serie de metode, denumite după autori:

1) Faulkner (1932), Balaban (1937), Kostin (1935): sprijinirea călcîielor în timpul producerii reflexului patelar;

2) Herman: producerea reflexului la bolnavul în decubit dorsal cu genunchii flectaţi şi în relaxare maximă;

3) Jendrassik (1883), Justman (1923), Weatherby (1941): compresiunea puternică a gambei în timpul producerii reflexului patelar;

4) Krönig (1906): respiraţie profundă;

5) Montemezzo (1923): înclinare puternică a trunchiului înainte;

6) Negro (1921): fixarea călcîiului pe sol, cu compresiunea concomitentă a gambei bolnavului;

7) Plesch (1923): compresiunea rotulei şi a tendonului cvadricepsului sau ciupirea tegumentelor de deasupra rotulei;

8) Popper (1920), Marcus (1935): tusea ca factor care accentuează reflexul;

9) Saggese (1934): compresiunea laringelui cu degetul mare şi arătător;

10) Salomon (1911), Stevenson (1934): flexia plantară a piciorului şi degetelor;

11) Schönbard (1902): strîngerea puternică de către bolnav a mîinii stîngi a medicului;

Scanned with OKEN Scanner

12) Schreiberg (1894): masajul mușchilor și percuția repetată a tendonului înainte de producerea reflexului.

Bibl. — WARTENBERG R.: The examination of reflexes. Chicago, 1946. (D.B.)

Jensen, boala; retinocoroidita juxtapapilară *(retinochorioiditis juxtapapillaris);* retinopatia juxtapapilară *(retinopathia juxtapapillaris);* arteriolita retiniană focală idiopatică *(idiopathic focal retinal arteriolitis).* Descrisă de Griffith în 1898, de Friedenwald în 1902 și de Jensen în 1908. Se observă la vîrsta de 15—35 de ani. La examenul fundului de ochi, în vecinătatea papilei nervului optic sau chiar la nivelul papilei se observă un infiltrat floconos, care proemină ușor în direcția corpului vitros, are dimensiunile papilei (uneori depășind-o) și acoperă vasele retinei. În cazurile de localizare profundă a focarului se poate ajunge la infiltrația bulbară a nervului optic. În infiltrat se decelează extravazări. Concomitent apare ușoară opacifiere a corpului vitros și inhibiție apoasă cu sediment redus pe fața posterioară a corneei. În cîmpul vizual se observă un defect cuneiform, care cu vîrful său ajunge pînă la pata oarbă Mariott. În prezent se consideră că în aceste cazuri este vorba de o boală focală a arteriolelor retinei. Boala se observă la persoanele cu alergie, fiind consecința rezistenței diminuate față de agentul patogen și a unei predispoziții constituționale. Patogenia este asemănătoare cu aceea a colagenozelor, dar cu simptome locale. După dispariția infiltratului, pe fundul de ochi rămîne o pată atrofică — defectul din cîmpul vizual. Recidivele, comparativ cu alte forme de corioidită, sînt rare. Etiologia este necunoscută; uneori se poate incrimina sifilisul sau tuberculoza.

Bibl. — KLEIN B. A.: *Amer. Journ. Ophth.,* 1956, 42, 9. (D.B.)

Jersild, complexul simptomatic; elefantiazisul genito-anorectal *(elephantiasis genito-ano-rectalis);* sifilomul anorectal *(syphiloma ano-rectale)* Fournier; descris în 1875, cu completări în 1926. La baza modificărilor se află un proces inflamator cronic cu proliferare și cicatrizare, care duce la elefantiazisul anusului (strîmtarea orificiului anal), perineului, organelor genitale feminine. Factorii etiologici pot fi sifilisul, tuberculoza, gonoreea, șancrul moale, dar cel mai frecvent este vorba de boala Nicolas-Favre (Jersild).

Bibl. — JERSILD O.: *Ann. Derm. Syph.,* 1921, 6, 2, 433. (D.B.)

Jochanson-Séding Larsen, boala; osteocondrita patelară *(osteochondritis patellae);* osteopatia patelară juvenilă *(osteopathia patellae juvenilis);* osteopatia juvenilă de creștere a rotulei *(osteopathie juvénile de la rotule de croissance);* descrisă de Larsen în 1922. Se observă la copii. Constă în edem la nivelul genunchiului, exsudat, atrofia cvadricepsului crural. Examenul radiologic arată suprafața neregulată a rotulei, în special a feței anterioare, mici plăci osoase izolate în partea inferioară a rotulei.

Bibl. — REDOCHEY L., SAMOGYI J.: *Zbl. Chir.,* 1958, 38, 1 825. (D.B.)

Joffroy, simptomul: în privirea în sus nu apar ridurile frontale. Se observă în boala Basedow. (D.B.)

Joffroy, simptomul; piciorul strîmb tabetic *(pied bot tabétique);* în tabesul dorsal. Este consecutiv atrofiei mușchilor piciorului și ai gambei, de pe fața anteroexternă, și constă în deformație a piciorului: curburi în gheară ale degetelor și poziție în ecvin a plantei. (D.B.)

Johnston (1948), boala; apariția familială a așa-numitelor mișcări în oglindă ale extremităților superioare. (D.B.)

Jolly, simptomul (reacția); vezi Thompson, boala. (D.B.)

Joseph-Blackfan-Diamond, sindromul; vezi Diamond-Blackfan, sindromul. (D.B.)

Joz-Sterling (1938), simptomul; tremurătura pleoapelor la închiderea lor, care se accentuează prin închiderea și mai strînsă a acestora. Indică excitabilitate nervoasă crescută.

Bibl. — *Neurol. Pol.,* 1938, 21, 253. (D.B.)

Jukovski-Kornilov, reflexul; vezi Rossolimo, reflexul. (D.B.)

Juliusberg, *pityriasis lichenoides chronica* vezi *parapsoriasis en gouttes.* (A.W.)

Juliusberg, *pustulosis vacciniformis acuta;* vezi complexul simptomatic Kaposi, *eruptio varicelliformis.* (A.W.)

Jungling, boala; *osteitis tuberculosa multiplex cystica.* Constă din apariția a nu-

meroase chisturi osoase, de origine tuberculoasă. Unii autori pun la îndoială caracterul specific al bolii.

Bibl. — SCHANDS A. R.: *Orthop. Surg.*, 1948, 119. (A.W.)

Junius-Kuhnt, boala; *degeneratio disciformis maculae luteae;* degenerescenţa senilă maculară din arterioscleroză; degenerescenţa exsudativă maculară; *retinitis macularis disciformis.* A fost amănunţit descrisă de Coppez şi Danis în 1923 (drept inflamaţie), iar în 1926 de Junius şi Kuhnt (drept degenerescenţă). Se observă deseori bilateral, cel de al doilea ochi fiind afectat la cîteva luni (pînă la un an) după primul. Într-un stadiu avansat, se caracterizează prin prezenţa unei mase hipertrofice la nivelul maculei, bine delimitată, cu dispoziţie subretiniană. Cauza directă o reprezintă hemoragia sau transsudarea plasmei din capilarele coroidiene, prin lama Bruch disociată; exsudatul difuzează între această lamă şi stratul pigmentar retinian. Se observă cel mai adeseori după vîrsta de 40 de ani, dar există şi o formă denumită retinită exsudativă juvenilă Junius. Etiologia este variată: degenerescenţă, ateroscleroză, fragilitate vasculară ereditară, hipertensiune arterială, diabet zaharat, nefropatii, sifilis, afecţiuni ale sistemului vasomotor, creşterea azotului neproteic sanguin cu diateză hemoragică.

Bibl. — DROZDOWSKA S.: *Klinika Oczna*, 1953, 23, 195. (A.W.)

Juster (1922), simptomul; în leziunea căilor piramidale: înţepătura cu acul a tegumentelor eminenţei tenare produce flexia policelui şi adducţia acestuia către degetul arătător, cu extensia concomitentă a restului degetelor, precum şi flexia dorsală a mîinii şi antebraţului. (D.B.)

Jürgens, boala; *trombocytopathia constitutionalis t. Jürgens.* Se observă în forma benignă a diatezei hemoragice. Numărul trombocitelor este normal. În măduva osoasă există o degenerare manifestă a megacariocitelor. Timpul de sîngerare, timpul de coagulare şi retracţie a cheagului, sînt în limite normale. Simptomul garoului este pozitiv. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — JÜRGENS R.: *Erg. inn. Med.*, 1937, 53, 795. (A.W.)

K

Kahlbaum (1898), boala; presbiofrenia *(presbiophrenia);* la femei, înaintea instalării perioadei de bătrîneţe. Constă în tulburări de memorie (amnezia de fixaţie, dezorientarea în spaţiu şi timp), paramnezie, confabulaţie, tulburări ale intelectului, idei nocive, simptome afazio-agnosoapractice. Etiopatogenic este vorba de ateroscleroză. (D.B.)

Kahlbaum (1866), halucinaţiile reflexe. Halucinaţiile reflexe din bolile psihice constau în faptul că excitantul vizual produce halucinaţii auditive, sau invers, excitantul auditiv produce halucinaţii vizuale. (D.B.)

Kahler, boala; inflamaţie poliradiculară sifilitică cu pareze flasce ale extremităţilor superioare şi inferioare, dureri şi atrofie

Scanned with OKEN Scanner

discretă a mușchilor, disociație albumino-citologică în lichidul cefalorahidian. (D.B.)

Kalitowski, simptomul degetelor „înalte"; în inflamația nervului sciatic. În încercarea de a sta pe vîrfuri, călcîiul de partea bolnavă este situat mai sus. (D.B.)

Kaltenbach, boala; vezi Schilder, boala. (D.B.)

Kandinski, pseudohalucinațiile; în bolile psihice. Constă în absența simțului realității, obiectivității, localizate de către bolnavi nu în afara, ci în interiorul capului sau corpului.

Bibl. — KANDINSKI: O. pseudogalliuținatiah. Kritiko-klinceskii etiud, C. Petersburg, 1890. (D.B.)

Kandinski, sindromul automatismului psihic; cel mai frecvent în schizofrenie. Bolnavii afirmă că „umbrele" le răpesc gîndurile, li se pare că sînt trași de vezica urinară, intestin, stomac (simptomele afecțiunii în sfera somatopsihică). În plus, există simptome de „dezvăluire interioară" și tulburări oneroase, adică apariția de imagini groaznice, ca la cinematograf.

Bibl. — EJGAZINA L. M.: *Jurnal Nevr. i psih.*, 1954, 9. (D.B.)

Kandinski-Clerambault, sindromul: automatismul psihotic. Constă în faptul că bolnavul se supune fără obiecție unui ordin străin, luînd prin aceasta scopul altui individ drept al său propriu, deși nu are pentru aceasta o bază suficientă și chiar încearcă să se lupte interior cu aceasta. Gradul cel mai grav al resemnării psihotice trebuie considerată manifestarea „ecoului" (ecolalia, ecokinaza, ecopraxia). (D.B.)

Kanner (1944), sindromul; autismul infantil precoce *(autisme infantile précoce);* poate fi manifestarea schizofreniei foarte precoce *(schizofrenia praecotissima).* Se observă în special la băieți, apare în primii doi ani de viață, constînd în indiferență față de mediul înconjurător, absența contactului cu părinții; copiii nu surîd cînd sînt distrați. Uneori se observă mișcări autohedonice, exprimate prin mișcări ritmice ale capului și mișcări pendulare ale corpului. Încep să vorbească tîrziu. La examenul neurologic nu se observă simptome patologice, iar starea intelectuală este dificil de determinat datorită absenței contactului psihic cu cei din jur.

Bibl. — SCHNACHTER M.: *Pédiatrie*, 1958, XII, 2, 175. (D.B.)

Kanter, simptomul morții intrauterine a fătului. Constă în absența mișcării fătului atunci cînd se exercită compresiunea asupra capului acestuia (de obicei se produc mișcări). (D.B.)

Kaposi, boala; sarcomul idiopatic hemoragic multiplu *(sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex);* acrosarcomatoza sau angiomatoza *(acrosarcomatosis* sau *angiomatosis);* angioreticulosarcomatoza *(angioreticulosarcomatosis);* a fost descrisă în 1872. Etiologia și patogenia nu sînt cunoscute; în prezent predomină concepția că această boală este o afecțiune a sistemului reticuloendotelial, ceea ce aduce o explicație pentru caracterul sistemic (afectarea mai multor organe) al bolii. Pe tegumente se observă pete albastre-roșii sau infiltrate, precum și tuberculi și noduli. Modificările se localizează de cele mai multe ori pe segmentele distale ale extremităților, dar pot să apară și pe mucoasele cavității orale și nazale, precum și la nivelul organelor interne. Starea generală a bolnavilor rămîne bună, iar evoluția bolii este neobișnuit de lungă și doar sporadic malignă (în decurs de cîteva luni poate să apară sfîrșitul letal). Examenul histologic poate arăta, la început, neoformații vasculare, iar într-o perioadă mai tardivă apare proliferarea de celule fuziforme.

Bibl. — MIERZECKI H.: *Przegl. Dermat.*, 1931, 26, 49. (D.B.)

Kaposi, complexul simptomatic; lichenul moniliform *(lichen moniliformis);* descris în 1896. Elementele eruptive sînt dispuse linear, sub formă de mătănii, pe gît, trunchi (paralel cu coastele), extremitățile superioare (perpendicular pe axul lung al extremității). În prezent lichenul moniliform nu este considerat ca o entitate nosologică distinctă, deoarece în mod asemănător sînt dispuse elementele lichenului roșu plan Wilson.

Bibl. — BERNHARDT R.: Choroby skory, 1936. (D.B.)

Kaposi, dermatita foliculului papilar *(dermatitis papillaris capilliti);* vezi *Ehrmann, folliculitis scleroticans nuchae.* (D.B.)

Kaposi, *hyponoderma;* vezi Crocker, larva migrans. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Kaposi, *lichen ruber acuminatus;* vezi Devergie, boala. (D.B.)

Kaposi, *lymphangioma tuberosum multiplex;* vezi Jacquet-Darier, complexul simptomatic. (D.B.)

Kaposi-Irgang, boala; eritematodul profund, varietatea subcutanată *(erythematodes profundus — varietas subcutanea);* forma profundă subcutanată a lichenului eritematos. Constă în prezenţa de lichen eritematos tipic pe faţă şi de tuberculi sau noduli, asemănători morfologic cu inflamaţia ţesutului subcutanat adipos (paniculita tip Weber-Christian, vezi aceasta) sau cu sarcoidele subcutanate *(sarcoidosis subcutanea* Darier-Roussy, vezi aceasta). Nu s-a stabilit pînă în prezent dacă este o boală de sine stătătoare sau dacă modificările de tip sarcoid complică evoluţia lichenului eritematos cronic.

Bibl. — PAUTRIER: *Ann. Dermat. Syph.*, 1953, 80, 235.

Kaposi-Libman-Sachs, complexul simptomatic; vezi Libman-Sachs, complexul simptomatic. (D.B.)

Kapuscinski, simptomul pulsului reversibil; descris în 1946. Se manifestă prin deplasarea (dar nu pulsaţia) rapidă a arterei retiniene, de obicei sinuoasă, în forma literei S, în timpul sistolei, şi revenirea lentă la situaţia anterioară în timpul diastolei. Este un fenomen fiziologic care se observă la toţi subiecţii sănătoşi, cu fund de ochi normal. Totuşi, după Kapuscinski, (1956), are mare importanţă diagnostică, deoarece este diminuat sau lipseşte în cazul unor artere retiniene foarte îngustate, în special în degenerescenţa pigmentară, atrofia nervului optic, embolia arterei retiniene centrale, în toate cazurile de edem al papilei nervului optic de origine intracraniană, de la început pînă la dezvoltare completă. Se manifestă prin inflamaţia coroidei şi a venelor retiniene, în majoritatea cazurilor de edem al papilei de natură inflamatoare, în inflamaţia retrobulbară a nervului optic şi în edemele *ex vacuo* ale papilei. Acest fenomen poate fi utilizat în special în diferenţierea edemului de stază al papilei nervului optic de cel inflamator.

Bibl. — KAPUSCINSKI W. J., SZUDLOWSKI K., POPADIUK L.: *Klinika Oczna*, 1957, 27, 263. (D.B.)

Karlefors-Nylens, simptomul; se manifestă în timpul probei pneumatice, în unele forme de inflamaţie purulentă a urechii medii. Constă în apariţia de nistagmus sau mişcări lente ale globilor oculari, după o perioadă de latenţă de aproximativ 3 secunde. Creşterea presiunii aerului în canalul auditiv extern produce nistagmus sau mişcarea lentă a globilor oculari de partea opusă, iar diminuarea presiunii nistagmus şi mişcări ale globilor oculari, cu direcţie inversă. (D.B.)

Kartagener, boala (sindromul); triada Kartagener; anomalie congenitală de dezvoltare, constînd în asociaţie de polipoză nazală, bronşiectazie şi dispoziţia inversă (completă sau parţială) a viscerelor; descrisă în 1933. Simptome: catar cronic al nasului şi bronhiilor, hipofuncţia multor glande endocrine, întîrziere în dezvoltarea generală; frecvent, defecte ale sistemului osos (spina bifida), uneori şi prezenţa de defecte congenitale cardiace. Sinusurile nazale complimentare sînt de obicei opace la examenul radiologic. Degetele sînt în formă de baghetă de toboşar.

Bibl. — KARTAGENER M.: *Beitr. Klin. Tbk.*, 1933, 84, 73. (D.B.)

Kartagener, sindromul; infiltratul pulmonar *(Lungeninfiltrat)* Kartagener; infiltrat pulmonar cronic cu eozinofilie sanguină *(Chronisches Lungeninfiltrat mit Bluteosinophilie);* descris în 1942. Constă în prezenţa unui infiltrat pulmonar, care persistă vreme îndelungată, cu creşterea numărului de eozinofile în sînge şi spută. Evoluţia este benignă, cu astenie, transpiraţii nocturne, cefalee discretă, subfebrilitate. Prognostic favorabil (vezi şi Löffler, sindromul).

Bibl. — KARTAGENER M.: *Schweiz. med. Wschr.*, 1942, 72, 862. (D.B.)

Kaşin-Boeck, boala; distrofia osteoarticulară *(dystrophia osteoarticularis);* poliartrita cronică progresivă tireotoxică *(polyarthritis chronica progressiva thyreotoxica);* osteocondroartroza deformantă endemică *(osteochondroartrosis deformans endemica);* distrofia osteoarticulară de creştere prin intoxicaţie ferică *(dystrophie ostéoarticulaire de croissance par intoxication ferrique);* boala Urow *(Urow-sche Krankheit);* descrisă în 1861 de Kaşin şi

Scanned with OKEN Scanner

în 1906 de Böck. Apare endemic. Bolnavul are aspect de cretin. Boala constă în deformaţia simetrică a multor articulaţii, fără limitarea mişcărilor la nivelul acestora şi fără simptome inflamatoare. Pe radiografii se observă modificări osteocondropatice consecutive inhibării activităţii cartilajului de creştere.

Bibl. — MAU H.: *Wesen und Bedeutung der enchondrale Dysostose*, 1958, 1/8.

Katamaya, boala; schistozomiaza japoneză *(schistosomatosis japonica)*; bilharzioza; descrisă în 1904. Este produsă de *Schistosoma japonicum*. Se observă în Japonia, China, insulele Filipine şi Celebes. Gazda intermediară sînt moluştele de apă dulce, iar gazda permanentă, omul şi animalele domestice. Infecţia umană se face în special prin tegumente. Există 5 forme ale bolii acute: a) fulminantă, cu intoxicaţie gravă; b) gravă, cu temperatură înaltă, cefalee, apatie, leucocitoză şi eozinofilie; c) abortivă, cu accentuarea progresivă a simptomelor, subfebrilitate, scaune lichide cu mucozităţi şi sînge; d) asimptomatică, diagnosticată ocazional prin examenul scaunului; e) complicată, cu simptome care depind de localizare şi evoluţia ulterioară a ouălor inoculate hematogen (de exemplu, sindrom de tumoare cerebrală, encefalită difuză, pareze, sindroame renale, suprarenale etc.). În stadiul cronic există diarei frecvente, alternînd cu constipaţie, deseori apendicită, uneori hepatită cronică. În cazul diseminării în plămîn, tabloul radiologic aminteşte tuberculoza miliară. Diagnosticul se bazează pe descoperirea ouălor în scaun, în materialul prelevat prin raclarea mucoasei intestinale, prin reacţia de legare a complementului şi prin probele cutanate de sensibilizare. (D.B.)

Katzenstein, simptomul; se pune în evidenţă măsurînd tensiunea arterială înainte şi după comprimarea arterei femurale. Creşterea tensiunii arteriale după comprimarea arterelor femurale indică funcţionalitate miocardică normală, iar diminuarea acesteia — disfuncţia miocardică. (D.B.)

Kaufmann, simptomul; constă în eversarea mucoasei orificiului cavităţii sinusale a canalului nazal mediu, rezultată din umplerea cavităţii cu puroi. Mucoasa eversată poate fi considerată, eronat, ca un polip nazal. (D.B.)

Kaufmann-Wolf, limfocitomul *(Lymphocytoma)*; vezi Spiegler-Fendt, sarcoidul. (D.B.)

Kayser-Fleischer, inelul; descris de Kayser în 1902 şi asociat cu modificări concomitente ale ficatului, de Fleischer în 1903. Este un inel de 1—3 mm lărgime, la periferia corneei, de culoare închisă, verde-brună (culoarea poate varia de la roşu-rubiniu, trecînd prin verde, pînă la ultramarin), localizat pe membrana Descemet. Se formează probabil ca rezultat al depunerii unui pigment care conţine metale grele; la început s-a crezut că este vorba de argint, mai tîrziu s-a considerat că acest rol îl are cuprul; cercetările histochimice şi spectrale recente arată mai curînd că este vorba de argint (Cagianut, 1960). Se observă în aproape 80% din cazurile de boală Wilson (vezi aceasta), independent de evoluţia şi durata bolii (frecvent fără simptome neurologice). Se mai observă în boala Westphal-Strümpel (vezi aceasta) — pseudoscleroza. Aceste două boli, deşi prima începe între 15 şi 20 de ani, pe cînd a doua între 25 şi 40 de ani, sînt foarte asemănătoare, dacă nu identice.

Bibl. — MELANOWSKI W. H.: *Klinika Oczna*, 1929, 7, 185. (D.B.)

Kehrer, simptomul; în tumorile cerebrale: presiunea profundă pe locul de ieşire a nervilor suboccipitali produce reacţie de apărare intensă, legată de accentuarea durerii. (D.B.)

Kennedy F., simptomul, denumit mai des complexul simptomatic — sindromul Gower-Paton-Kennedy; descris de Paton în 1909 şi de Kennedy în 1911. Poate însoţi multe stări patologice intracraniene. Cu toate acestea, de cele mai multe ori este consecinţa tumorilor localizate la baza lobilor frontali de partea atrofiei. Se traduce prin variate simptome din partea organului vizual, dependente de perioada de evoluţie. În stadiul precoce se observă papilă de stază unilaterală, de partea opusă tumorii, apoi apar la nivelul ochiului — de partea tumorii; scotom central, paloarea papilei nervului optic, atrofia

Scanned with OKEN Scanner

primară a nervului optic, slăbirea vederii. În plus pot să existe şi alte simptome neurologice (frecvent, absenţa mirosului).

Bibl. — KWASKOWSKI A., STEPIEN L.: *Klinika Oczna*, 1950, 20, 274. (D.B.)

Kennedy F. (1911—1916), sindromul; în tumorile bazei lobului frontal. Constă în papilă de stază de partea opusă tumorii şi atrofia primară a nervului optic de partea acesteia. Sindromul se dezvoltă treptat; precoce apare papila de stază, apoi, la ochiul opus, scotom central, paloarea papilei şi atrofia primară a acesteia, datorite compresiunii pe care tumoarea o exercita asupra nervului optic.

Bibl. — STEPIEN I., KWASKOWSKI A.: *Neurol. Pol.*, 1950, XXIV, 1—4, 100. (D.B.)

Kennedy, paralizii tranzitorii; vezi Heine-Medin, boala. (D.B.)

Kennedy, simptomul; în tumorile lobului frontal. Constă în contracţia mai îndelungată a muşchilor de partea opusă tumorii, care infiltrează segmentul anterior al corpului calos. (D.B.)

Kennedy-Wortis (1936), simptomul; în hematomul subdural: anizocoria (dilatarea pupilei de partea leziunii). (D.B.)

Kempner, reflexul; vezi Jacobsohn-Lask, reflexul. (D.B.)

Kempner, reflexul; vezi Rossolimo, reflexul. (D.B.)

Kernig (1883), simptomul; în inflamaţia meningelor. Este consecinţa contracţiei flexorilor gambei, datorită acţiunii procesului inflamator meningeal asupra rădăcinilor nervoase. Prin metoda clasică simptomul se produce în felul următor: se aşază bolnavul la marginea patului, cu extremităţile inferioare atîrnînd în jos, după care se încearcă extensia gambelor. În modificarea lui Netter se aşază bolnavul la marginea patului fără să se lase în jos membrele inferioare; prin compresiune pe genunchi se observă contracţia flexorilor gambei. Metoda Osler constă în examinarea bolnavului în decubit, cu flexie în unghi drept în articulaţia coxo-femurală şi extensie simultană a gambelor. (D.B.)

Kerr, simptomul: modificările trofice ale pielii sub nivelul leziunii măduvei spinării. (D.B.)

Kestenbaum, simptomul; constă în diminuarea numărului vaselor care traversează marginea papilei nervului optic. Se controlează (cînd dimensiunea pupilei este normală, fără utilizarea substanţelor dilatatoare) cu oftalmoscopul electric cu filtru incolor sau slab colorat (verde). Se observă în stadiul precoce al atrofiei nervului optic. Are valoare diagnostică mai ales în cazurile în care examenul acuităţii vizuale şi al cîmpului vizual este dificil sau imposibil (copii mici).

Bibl. — MELNIK J., PRZYBOROWSKA H.: *Klinika Oczna*, 1954, 24, 293. (D.B.)

Ketly, chalodermia; *cutis laxa; cutis pendula; dermatochalazis;* vezi Bazin, complexul simptomatic, calazodermia. (D.B.)

Kienböck, boala: boala osului semilunar *(malatia ossis lunati);* malacia osului semilunar Kinböck *(Kienböcksche Lunatum-Malazie);* osteocondrita semilunarului; lunatita *(lunatite);* boala semilunarului; condensarea semilunarului; descrisă în 1911. Drept consecinţă a unei fracturi sau a unei osteomielite cu evoluţie benignă se dezvoltă o necroză aseptică a semilunarului. Se observă de obicei la bărbaţi de vîrstă mijlocie; se traduce prin dureri moderate, care se accentuează în mişcări şi la compresiunea capătului periferic al metatarsianului al III-lea. Pe radiografii se observă osteoscleroză şi osteoporoză, precum şi modificări ale formei osului.

Bibl. — KESSEL K.: *Przegl. Chir.*, 1931, 3, 275. (D.B.)

Kiloh-Nevin, sindromul; varietate a atrofiei musculare progresive. Este forma oculară cu atrofia precoce a muşchilor oculari externi (vezi Erb, boala). (D.B.)

Kipşidze, sindromul; în bolile cerebelului. Constă în deplasarea degetului mic de partea focarului, cînd bolnavul stă cu mîinile întinse înainte şi cu ochii închişi. (D.B.)

Kissel (1948), sindromul; tip de epilepsie Brown-Séquard, în care factorul epileptogen este o criză de boală cardiacă; este caracteristic insuficienţei venoase. (D.B.)

Kleine-Levin, sindromul: somnolenţă periodică, senzaţie de foame în crize şi agitaţie motorie. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Kleist (1914), boala; parafrenia *(paraphrenia);* demenţa cronică. Evoluează sub forma demenţei halucinatoare, confabulaţiei progresive, somatopsihozei sau autopsihozei. Toate aceste forme sînt denumite după numele autorului care le-a descris.

Bibl. — KLEIST: *Allgem. Ztschr. Psych.*, 1914, 71, 764. (D.B.)

Kleist, sindromul; în bolile lobului frontal şi în leziunile tuberculului optic. Constă în agăţarea degetelor bolnavului de degetele examinatorului în cazul ridicării discrete a acestora. (D.B.)

Klemm, tetanosul; vezi Rosé, sindromul. (D.B.)

Klinefelter - Reifenstein - Albright, sindromul; descris în 1942. Se caracterizează prin atrofia canalelor seminale şi a celulelor Sertoli, dar cu număr normal de celule parenchimatoase Leydig, probabil în legătură cu întîrzierea maturării ultimelor. Simptome: habitus masculin normal şi semne sexuale terţiare complet dezvoltate; hipertrofie importantă a glandelor mamare; capacitatea de a realiza actul sexual normal şi ejacularea sînt conservate; absenţa sau număr foarte redus de spermatozoizi în spermă, sterilitate. În urină există o cantitate crescută de gonadotropină, cu nivel normal de 17-cetosteroizi neutri. (D.B.)

Klippel, boala; pseudoparalizia progresivă tuberculoasă *(pseudoparalysis progressiva tuberculosa).* Sindrom infecţios paralitic, care produce simptome somatice şi psihice analoge celor din paralizia sifilitică progresivă (vezi Weil, boala). (D.B.)

Klippel, sindromul: polinevrita alcoolică cu simptome de leziune a parenchimului hepatic şi sindrom Korsakov. Simptomele neurologice sînt reversibile, dar caşexia, ciroza şi ascita persistă. (D.B.)

Klippel-Feil, complexul simptomatic; sindromul Klippel-Feil; gît scurt *(brevicollis);* gît scurt congenital *(congenital short neck);* sindromul reducerii numerice cervicale *(syndrome de la réduction numérique cervicale);* omul fără gît *(l'homme sans cou);* gît de broască *(Froschhals);* sudarea congenitală a vertebrelor cervicale. A fost descris în 1912. Constă în sudarea ultimelor vertebre cervicale cu primele toracice, ceea ce produce limitarea mişcărilor capului („omul fără gît"). Faţa este deseori fără expresie. De obicei se asociază defecte de dezvoltare: dehiscenţa segmentului cervical al coloanei vertebrale (spina bifida), lobi pulmonari suplimentari, absenţa obliterării orificiului oval, dehiscenţa palatului dur, întîrzierea dezvoltării intelectuale. Etiologia necunoscută.

Bibl. — GREIG D. M.: *Edinb. Journ. Med.* 1924, 31, 118. (D.B.)

Klippel-Trenaunay, complexul simptomatic; nevul osteohipertrofic varicos *(naevus osteohypertrophicus varicosus);* hemangiectazia hipertrofică *(haemangiectasis hypertrophica)* Parkes-Weber. Este un hemangiom cu dilatarea vaselor venoase şi cu hipertrofia ţesuturilor moi şi osos. Cel mai frecvent se localizează pe extremităţi, de obicei unilateral. Extremitatea este mai lungă decît cea normală (hipertrofia osului), mai groasă şi mai caldă. Nevul apare în copilăria precoce şi este cauza diferitelor tulburări trofice la nivelul extremităţii afectate. Vezi de asemenea Ollier, complexul simptomatic.

Bibl. — MIEDZINSKI F.: *Przegl. Dermat.*, 1948, 3/4, 388. (D.B.)

Klippel-Weil, simptomul; în hemiplegie. Constă în flexia halucelui de partea bolnavă, prin încercarea de a extinde degetele flectate.

Knierer, complexul simptomatic; alotrichia circumscrisă simetrică a părului capului *(allotrichia circumscripta symmetrica capilliti);* nevul cu păr pubian *(Pubeshaar-naevus).* Pe pielea păroasă a capului apar zone de păr mai închis, mai gros şi creţ. Este o varietate a complexului simptomatic Hoffmann — nevul părului încreţit (un focar de păr mai deschis şi mai subţire).

Bibl. — LUTZ W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1957, 93. (D.B.)

Knies, simptomul: asimetria dilataţiei pupilare. Se observă în boala Basedow. Are semnificaţie clinică mică. (D.B.)

Knud-Krabbe, complexul simptomatic; angiomatoza neuro-cutanată *(angiomatosis neuro-cutanea);* angiomatoza encefalo-trigeminală *(angiomatosis encephalo-trigeminalis).* Constă într-o triadă simptomatică; hemangiom unilateral, localizat într-o re-

Scanned with OKEN Scanner

giune inervată de ramura nervului al V-lea, arborizații homolaterale intracerebrale, angioame intracerebrale. Simptomele clinice sînt: epilepsie, hemipareză sau hemiplegie, diminuarea cîmpului vizual de o parte, tulburări psihice (caracteropatii, idioție). Examenul radiologic arată arborizațiile intracerebrale de partea angiomului. (D.B.)

Koby, degenerescența superficială a corneei; descrisă în 1925 (vezi și Groenouw, degenerescența corneei). Este degenerescența bilaterală a corneei, care evoluează la subiecții de vîrstă mijlocie, în rest sănătoși. Se caracterizează prin degenerescența epiteliului și formarea de fisură în membrana Bowman. Evoluția este nedureroasă, fără semne inflamatorii, ducînd la diminuarea progresivă a acuității vizuale. Etiologia este necunoscută; se presupune un fond nervos.

Bibl. — KOBY F. E.: Microscopy of the living eye, Londra, 1925. (D.B.)

Kocher, reflexul: compresiunea pe testicule produce contracția mușchilor abdomenului. (D.B.)

Kocher, simptomul; constă în mișcarea mai rapidă a pleoapelor decît a globilor oculari. În timpul în care bolnavul urmărește cu ochii vîrful degetului ridicat sus se observă o zonă de scleră între pleoapa superioară și marginea superioară a irisului. Simptomul este datorit tonusului crescut al mușchiului care ridică pleoapa superioară. Se observă în boala Basedow. (D.B.)

Koch-Weeks, conjunctivita acută; conjunctivita mucopurulentă epidemică acută *(acute epidemic mucopurulent conjunctivitis);* ochiul trandafiriu *(pink eye);* descrisă de Koch în 1883. Bacilul care produce boala a fost izolat de Weeks, în 1886. Este o conjunctivită cu evoluția rapidă și foarte malignă. Se observă în special în perioada călduroasă a anului (mai—octombrie), cel mai frecvent la copii mici. Debutul este acut, cu cantitate mare de secreție; în procesul morbid este interesată conjunctiva, care este hiperemiată și edematoasă. Durează 2—4 săptămîni (în experimente 10—12 zile) și, nevindecată, trece în catar cronic. Este produsă de bacilul gram-negativ Koch-Weeks *(Haemophilus aegiptius),* asemănător bacilului Pfeifer. Perioada de incubație este de 24—48 de ore, uneori mai scurtă (în experimente 6 ore).

Bibl. — DAWSON C. R.: *Amer. Journ. Ophtal.,* 1960, 49, 861. (D.B.)

Koebner, complexul simptomatic; epidermoliza buloasă simplă *(epidermolysis bullosa simplex);* buloza mecanică ereditară *(bullosis mechanica hereditaria);* pemfigus ereditar traumatic *(pemphigus héréditaire traumatique)* Brocq. Etiologia necunoscută. Boala apare la nou-născuți sau sugar. Se manifestă prin bule cutanate superficiale (întotdeauna de origine traumatică), foarte rar pe mucoase; se vindecă fără să lase cicatrici sau atrofii. Frecvent se asociază sudație excesivă la nivelul palmelor și plantelor. În perioada maturării sexuale se ameliorează.

Bibl. — TOURAINE: L'Hérédité en Médecine, Paris, 1955. (D.B.)

Koebner, simptomul; descris în 1872. Se observă în perioada diseminării acute a psoriazisului. Un traumatism chiar neînsemnat al pielii, cu leziunea epidermului și stratului papilar, produce după 1—2 săptămîni, la locul traumatismului, papule psoriazice tipice, indicînd tendința la reacție psoriazică. Simptomul Köbner se observă și în alte boli cutanate, ca: lichenul roșu plan, verucile juvenile. (D.B.)

Koeppe, tuberculii; descriși în 1914 de Gilbert și în 1917 de Koeppe. Tuberculii sînt, dispuși pe marginea pupilară a corneei, se formează în stratul ectodermic. Pot fi găsiți și pe capsula anterioară a cristalinului. Apar în uveite (inflamația membranei coroide a ochiului) subacute și cronice.

Bibl. — KOEPPE: *Gräfes Arch.,* 1917, 92, 115. (D.B.)

Kogoja, dermatita buloasă mucocutanată cronică *(dermatitis bullosa mucocutanea chronica);* pemfigoid Jablonska; pemfigusul mucoaselor *(pemphigus mucosae);* pemfigusul ocular *(pemphigus ocularis).* Etiologie și patogenie necunoscute. În prezent a fost individualizat din grupa pemfigusurilor adevărate. Simptomele de bază sînt cele oculare. Începe cu catar conjunctival și prezența de eroziuni după spargerea bulelor. Ca rezultat rămîn modificări cicatriceale-fibroase, uneori cica-

Scanned with OKEN Scanner

trizarea completă a sacului conjunctival *(ankyloblepharon)* sau uscarea conjunctivei şi epiteliului corneean. Modificări cicatriceale-atrofice asemănătoare apar pe mucoasele cavităţii bucale, faringelui, în regiunea organelor genitale şi anusului. La nivelul tegumentelor apar periodic bule, care lasă cicatrice.

Bibl. — JABLONSKA S., SEGAL P., MILEWSKI B., DABROWSKA H.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1958, 2. (D.B.)

Kohanovski, simptomul; în leziunea lobului frontal. Închiderea pleoapei de partea focarului dă bolnavului senzaţia de „mijire forţată" a ochiului. Ridicarea pasivă în sus a pleoapei de partea focarului întîmpină rezistenţă, în timp ce de partea opusă se efectuează uşor.

Bibl. — *Vopr. neirochir.*, 1950, 2, 37. (D.B.)

Kojevnikov (1948), sindromul; epilepsia continuă parţială *(epilepsia continua partialis)*; epilepsia corticală continuă *(epilepsia corticalis continua)*. Asociaţia crizelor de epilepsie cu hiperkinezie permanentă; forma cronică a encefalitei prin căpuşe, estivalo-autumnală. Elementul de bază al sindromului sînt secusele musculare unilaterale ale grupelor de muşchi dispuse distal (picior, mînă). Pneumoencefalograma arată dilatarea ventriculilor cerebrali şi atrofie corticală de partea opusă complexului simptomatic motor. (D.B.)

Kopîlov (1936), simptomul; în cazurile de creştere a presiunii intracraniene, rezultată dintr-un obstacol în circulaţia lichidului cefalo-rahidian prin apeductul Sylvius. Examenul radiologic arată înclinartea înapoi a apofizelor clinoide posterioare.

Bibl. — KONÎLOV: Osnovî neiroh. rentgendiagn, Moscova, 1940. (D.B.)

Koplik, pata; vezi Filatov-Koplik, pata. (D.B.)

Kopp, astmul; laringita striduloasă *(laryngismus stridulus)*; pseudocrupul; astmul Miller. Este o laringită acută, la copii, care se caracterizează prin tuse spastică, lătrătoare şi crize de asfixie, datorite strîmtării glotei prin edemul regiunii subglotice (la copii, aceasta prezintă un număr mare de vase sanguine şi limfatice, iar mucoasa este lax legată de ţesuturile subiacente). (D.B.)

Korànyi, simptomul vîrfului: poziţia mai înaltă sau nemodificată a limitei vîrfului pulmonar posterior, în ortostatism, comparativ cu poziţia acestei limite cînd bolnavul se apleacă puternic înainte. Se observă în tuberculoza vîrfului. (D.B.)

Korànyi-Grocco-Rauchfuss, triunghiul matităţii; semn de pleurezie exsudativă: cînd cantitatea exsudatului este destul de mare, percuţia evidenţiază un triunghi dreptunghi de matitate, de partea sănătoasă, delimitat de coloana vertebrală, de limita inferioară a plămînului sănătos şi de linia care uneşte aceste catete. (D.B.)

Korsakov, psihoza alcoolică acută. Constă în stări confuzionale sau delir, paraplegie cu dispariţia reflexelor tendinoase, tulburări de sensibilitate şi oculomotorii. Pe lîngă acestea există hepatomegalie, coloraţie subicterică a tegumentelor, tahicardie paroxistică, hipotensiune arterială, subfebrilitate, oligurie, azotemie. (D.B.)

Korsakov, sindromul; formă clinică a polinevritei de origine alcoolică, cu tulburări psihice exprimate — psihopolinevrita *(psycho-polyneuritis)* — afectînd în special memoria: amnezia retrogradă *(amnesia retrograda)*. Apar confabulaţii şi în oarecare măsură obnubilare *(obnubilatio, onirismus)*. Sindromul Korsakov poate fi observat şi în boli de altă etiologie, ale sistemului nervos central şi periferic (modificări vasculare, intoxicaţii, infecţii, hipovitaminoze etc.). (D.B.)

Köhler I, boala; osteocondrita osului scafoid al piciorului *(osteochondritis ossis navicularis pedis)*; boala Köhler *(morbus Köhleri)*; sindromul Köhler *(Köhler's syndrome)*; scafoidita tarsiană *(scaphoïdite tarsienne)*; boala metatarsului *(Metatarsalerkrankung)*; boala osoasă Köhler *(Köhlersche Knochenerkrankung)*; descrisă în 1920. Este necroza aseptică subcondrală a osului scafoid. Etiologia probabil traumatică.

Bibl. — ZAORSKI J. P.: *Przegl. Chir.*, 1927, 6, 438. (D.B.)

Köhler II, boala; epifizita metatarsului *(epiphysitis metatarsi)*; boala Freiberg *(Freiberg's disease)*; epifizita metatarsiană

Scanned with OKEN Scanner

de creştere *(épiphysite métatarsienne de croissance);* necroza epifizară Freiberg *(Freibergsche Epiphysen-Nekrose);* boala metatarsului Köhler *(Köhlersche Metatarsalerkrankung);* descrisă în 1913 de Freiberg şi în 1915 de Köhler. Este osteocondrita capului celui de-al II-lea metatarsian. Se manifestă prin edemul piciorului, durere locală prin compresiune pe capul respectivului os metatarsian şi dureri importante la nivelul articulaţiilor metatarsofalangiene, în suprasolicitările piciorului. Examenul radiologic arată osteoporoză, uneori cu mici sechestre osoase la nivelul capului metatarsianului al II-lea. Etiologia probabil traumatică.

Bibl. — SZERSZYNSKI B. P.: *Przegl. Chir.*, 1927, 6, 443. (D.B.)

Köhler-Schultze (1882), simptomul: disociaţia sensibilităţii (dispariţia sensibilităţii dureroase şi termice cu păstrarea celei tactile şi profunde). Este o tulburare a sensibilităţii prin leziuni ale coarnelor posterioare, caracteristică siringomieliei. (D.B.)

König, boala; osteocondrita disecantă *(osteochondritis dissecans);* descrisă în 1888. Se caracterizează prin formarea unui focar necrotic limitat în epifiza oaselor lungi. Acest focar se desprinde ulterior de ţesutul osos înconjurător şi se evacuează în articulaţie, ca un corp străin (aşa-numitul „şoarece articular"). Boala se observă cel mai frecvent la tineri sănătoşi, între 15 şi 30 de ani, cu mult mai des la bărbaţi decît la femei. Localizarea tipică este articulaţia genunchiului, mai rar a cotului, iar celelalte sînt excepţionale. Boala începe cu dureri în articulaţie, care amintesc durerile reumatice, cu limitarea discretă a funcţiei acestora, exsudat redus şi şchiopătare. Diagnosticul se pune pe baza radiografiei care arată, în mod tipic, corpul străin în articulaţie. Etiologia traumatică se poate asocia cu cea inflamatoare.

Bibl. — KESSEL K.: *Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol.*, 1931, 2, 11. (D.B.)

Krabbe, boala, vezi Sturge-Weber, boala. (D.B.)

Krabbe, sindromul; angiomatoza neurocutanată *(angiomatosis neuro-cutanea);* angiomatoza encefalo-trigeminală *(angiomatosis encephalo-trigeminalis).* Se caracterizează prin triada simptomatică; hemangiom localizat unilateral, în regiunea inervată de o ramură a perechii a V-a de nervi cranieni, ramificaţii vasculare intracraniene homolaterale; angioame intracerebrale. Clinic se manifestă prin epilepsie, hemipareză sau hemiplegie, ambliopie laterală de o singură parte, tulburări psihice (caracteropatii, debilitate mintală). Examenul radiologic arată ramificaţii intracerebrale de partea hemangiomului. (D.B.)

Krapf-Curtis (1937), leziune specială a lobului parietal, cu alexie, apraxie şi acalculie. (D.B.)

Krasowska, sindromul psihodegradării alcoolice; constă în diminuarea nivelului intelectual, dispariţia izolată a sensibilităţii superioare, cu păstrarea reacţiilor imediat normale.

Bibl. — KRASOWSKA J.: *Rocz. Psych.*, 1951, XXIX, 39, 1, 10. (D.B.)

Kraup-Posner-Schlossman, complexul simptomatic; vezi Posner-Schlossman, complexul simptomatic. (D.B.)

Kraus-Pennachi, boala; vezi Schilder, boala. (D.B.)

Krönig, simptomul; vezi Jendrassik, simptomul. (D.B.)

Krukenberg, pigmentaţia în formă de evantai a corneei; „evantaiul Krukenberg"; melanoza endotelială a corneei *(melanosis corneae endothelialis);* fusul Krukenberg *(Krukenberg's spindle);* fusul Axenfeld-Krukenberg *(Axenfeld-Krukenbergschen Spindel);* descrisă în 1899. Se caracterizează prin apariţia pe faţa posterioară a corneei, în locul liniei Lucy sau Türk, a unor grămezi de pigment pulverulent, dispuse sub forma unui evantai vertical, a unei linii sau neregulat. Se observă mai frecvent la femei, în special în miopie, predominant după 40 de ani. Nu produce nici o tulburare de vedere; se diagnostichează exclusiv prin examenul la lampa cu fantă. Se formează ca rezultat al liberării pigmentului membranei coroide (din epiteliul pigmentar al irisului şi corpului ciliar), în procesele degenerative, miopie, diabet zaharat, modificări senile, precum şi în cazurile de cornee gigantă, iris policrom şi granulom pigmentar Sugar; importanţă deosebită au

Scanned with OKEN Scanner

procesele inflamatoare ale globului ocular, cu evoluţie lentă.

Bibl. — KOROBOVA: *Russkii oftalmologhigeskii jurnal*, 1929, 9, 476; LITAUER R.: *Klinika Oczna*, 1936, 14, 39. (D.B.)

Krukenberg, tumoarea; fibrosarcomul mucocelular carcinomatos *(fibrosarcoma mucocellulare carcinomatodes);* metastaza cancerului gastric în ovare. Descrisă la sfîrşitul secolului al XIX-lea.

Bibl. — KRUKENBERG F.: *Arch. Cynaekol.*, 1896, 50, 287. (D.B.)

Kubik-Adams, sindromul arterei bazilare; descris în 1949. Constă în cefalee, senzaţia de nesiguranţă, obnubilare, uneori pierderea cunoştinţei şi comă, tulburarea vorbirii de tipul disartriei, deglutiţie dificilă şi alte simptome pseudobulbare; paralizii în teritoriul perechii a VII-a de nervi cranieni, plîns şi rîs forţat. Se asociază frecvent deformarea pupilelor. S-au observat, de asemenea, simptomul Babinski bilateral, hemiplegii. Există de multe ori tulburări respiratorii. (D.B.)

Küpper-Spencer, simptomul; vezi Foix-Chavany-Hillemand, simptomul. (D.B.)

Kugel-Stoloff, sindromul; hipertrofia congenitală idiopatică a cordului *(congenital idiopathic hypertrophy of the heart, kongenitale idiopatische Herzhypertrophie);* miocardoză cu depunere de grăsimi de origine necunoscută *(Myokardose mit Fettspeicherung unbekannter Äthiologie);* hipertrofia (şi dilataţia) congenitală idiopatică a inimii, descris în 1933. Simptomele caracteristice sînt: tulburări respiratorii care apar încă de la vîrsta de sugar, dispnee, crize de tahicardie, uneori cianoză. Cordul este mare, cu suflu sistolic inconstant la vîrf. Electrocardiograma arată: lărgirea unei P, complexe QRS înalte, undă T aplatizată sau inversată. Prognosticul este nefavorabil.

Bibl. — KUGEL M., STOLOFF E. G.: *Amer. Journ. Dis. Child.*, 1933, 45, 828. (D.B.)

Kulkov, boala; eredoakinezia paroxistică dureroasă *(hérédoakinésie douloureuse).* Este o durere puternică, în formă de crize, a extremităţilor, care se însoţeşte de hipotonia sau paralizia acestora. (D.B.)

Kundrat, limfosarcomul *(lymphosarcoma);* boala Sternberg; limfosarcomatoza *(lymphosarcomatosis);* descris în 1893. Constă din adenopatie cu limfoganglioni aderenţi între ei şi la ţesuturile înconjurătoare, localizată deseori în mediastin; treptat sînt afectate majoritatea sau totalitatea grupelor de limfoganglioni din organism. În stadiul tardiv al bolii, ficatul şi splina se măresc. Histologic se decelează o proliferare patologică a ţesutului limfoid, cu forme degenerative ale prolimfocitelor şi limfoblaştilor, celule reticulohistiocitare şi eozinofile. În sîngele periferic se constată anemie progresivă, leucocitoză cu limfopenie. Evoluţia este cronică; prognosticul nefavorabil. (D.B.)

Kundrat (1882), sindromul: arinencefalia *(arhinencephalia);* absenţa congenitală a lobului olfactic al creierului, care se asociază de obicei cu alte modificări cerebrale, craniene şi vasculare. (D.B.)

Kussmaul, simptomul; în stenoza pilorului; vezi Bouveret, sindromul. (D.B.)

Kussmaul, simptomul; periarterita nodoasă *(periarteriitis nodosa);* vezi Kussmaul-Meier, sindromul. (D.B.)

Kussmaul-Meier, complexul simptomatic; complexul simptomatic Ferrandis-Talbott; complexul simptomatic Holzknecht-Jackobson; poliarterita nodoasă *(polyarteriitis nodosa, polyartérite noueuse);* periarterita nodoasă; arterita nodoasă; panarterita *(panarteriitis);* arterita necrozantă *(necrotising arteriitis);* descrisă în 1866. Boală acută constînd în inflamaţia focală a tunicilor externă şi medie ale arterelor, mai rar ale venelor; se formează noduli. În procesul patologic sînt interesate şi ţesuturile perivasculare. Tabloul clinic este variabil în funcţie de localizarea şi extinderea procesului. De obicei este alcătuit din simptome de polinevrită sau miozită şi nevrită, tulburări gastrointestinale şi renale, transpiraţii profuze, paloarea tegumentelor, astenie, epuizare, subfebrilitate. În ţesutul subcutanat al extremităţilor şi trunchiului se palpează nodulii mici. În sînge se constată hiperleucocitoză cu neutrofilie şi eozinofilie. Examenul histologic al nodulilor extirpaţi precizează diagnosticul. Este o boală rară, inclusă în prezent în colagenoze. Apare de obicei între 30 şi 40 de ani, mai frecvent la bărbaţi. Prognosticul este nefavorabil.

Bibl. — TALBOTT J. H., FERRAUDIS R. M.: Collagen diseases, Londra, 1956. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Kümmel-Verneuil, boala; spondilita traumatică *(spondylitis traumatica);* spondilopatia traumatică *(spondylopathia traumatica);* cifoza posttraumatică a coloanei vertebrale *(Kyphose der Wirbelsäule);* leziunea Kümmel-Verneuil a coloanei vertebrale *(Kümmel-Verneuil Läsion der Wirbelsäule);* spondilita Kümmel *(Kümmellsche Spondylitis);* descrisă în 1891 de Kümmel şi în 1892 de Verneuil. Se dezvoltă consecutiv unui traumatism al coloanei vertebrale, uneori minor după un interval de timp destul de lung (săptămîni, luni şi chiar cîţiva ani). Simptomele bolii apar brusc; uneori, după traumă minoră repetată se observă fractura vertebrală. Apoi apare treptat tumefacţie dureroasă la nivelul coloanei vertebrale — cocoaşa *(gibus).* Într-un stadiu mai tardiv pe radiografie se observă decalcifierea izolată a unui corp vertebral, care este deseori turtit, spaţiile intervertebrale părînd lărgite. Cauza bolii poate fi un traumatism sau un efort excesiv. Unii o includ în grupa necrozelor aseptice.

Bibl. — KÜMMEL CH.: *Arch. Orthop. Unfall. Chir.,* 1928, 26, 471. (D.B.)

Küstner I-Winkel, simptomul; indicatorul detaşării placentei în perioada a III-a a naşterii. Obstetricianul comprimă cu vîrfurile degetelor unei mîini peretele abdominal imediat deasupra articulaţiei pubiene, în direcţia osului sacrat; dacă cordonul ombilical, care atîrnă din canalul genital este atras în vagin prin această manevră înseamnă că placenta încă nu s-a deslipit. Neatragerea cordonului ombilical sau coborîrea mai accentuată a acestuia, reprezintă primul semn de deslipire a placentei.

Bibl. — DÜDERLEIN G., MESTWERDT G.: Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik und Untersuchungslehre, Leipzig, 1950. (D.B.)

Küstner II, simptomul; chistele dermoide ale ovarului sînt situate anterior faţă de uter; dacă se deplasează chistul, acesta revine rapid în poziţia iniţială.

Kyrle, boala; hiperkeratoza foliculară şi perifoliculară penetrantă în tegumente *(hyperkeratosis follicularis et perifollicularis in cutem penetrans);* descrisă în 1916. Este asemănătoare bolii Darier (vezi aceasta), dar se deosebeşte de ea clinic şi histologic. Etiologie necunoscută. În tegumente, profund, apar papule hiperkeratozice, solitare sau unite în bule, de culoare galbenă-castanie. Uneori se pot transforma în nevi. După excizia acestora rămîne o depresiune. Procesul patologic începe de obicei în regiunile axilare, extinzîndu-se, de aici, pe trunchi şi extremităţi.

Bibl. — KYRLE: *Arch. Derm.,* 1916, CXXIII, 466. (D.B.)

L

Ladin, simptomul sarcinii: prezenţa unui strat elastic pe suprafaţa anterioară a corpului uterin la nivelul istmului; cel mai bine se palpează pe linia medie, unde degetul care examinează percepe acest strat ca o zonă fluctuentă. (D.B.)

Laehr-Hennenberg, reflexul suptului; reflexul Toulouse-Voulpas din paraliziile pseudobulbare. Este un reflex deliberativ al grupei labio-bucale. (D.B.)

Laënnec, ciroza hepatică; ciroza hepatică Morgagni-Laënnec; ciroza hepatică

Scanned with OKEN Scanner

atrofică *(cirrhosis hepatica atrophica);* ciroza hepatică ascitogenă *(aszitische Lebercirrhose);* atrofia granulară a ficatului *(granuläre Atrophie der Leber);* ciroza portală a ficatului *(Schrumpfleber-portale Cirrhose);* ciroza atrofică hepatică Laënnec; descrisă în 1819. Reprezintă degenerescenţa şi atrofia celulelor hepatice şi proliferarea ţesutului conjunctiv în jurul ramurilor venei porte. Duce la diminuarea volumului ficatului, mărirea splinei, ascită, dilatarea venelor superficiale ale abdomenului, ectazie varicoasă a venelor esofagului şi stomacului, cu hemoragii frecvente la nivelul acestora. Absenţa icterului sau a stărilor subicterice. Poate să survină consecutiv utilizării excesive a alcoolului, hepatitei virale cronice, deficitului de proteine în alimentaţie şi hipovitaminozei B, precum şi în cazul intoxicaţiilor cronice nocive pentru ficat. (D.B.)

Lafor, simptomul: „ascuţirea" trăsăturilor, în special a nasului, considerată simptom precoce de meningită. (D.B.)

Laguer, simptomul: apariţia durerii în articulaţia lombo-sacrată modificată patologic, prin compresiune pe axul lung al coapsei aflate în abducţie şi rotaţie externă. (D.B.)

Lailler-Brocq, lichenul nodular *(lichen obtusus corne);* vezi Hayde, *prurigo nodularis.* (D.B.)

Leiner-Moussous, boala; eritrodermia exfoliativă a nou-născuţilor; descrisă în 1908. La bază stau modificări seboreice. Se observă la sugarii de 1—3 luni, alimentaţi natural dar cu alimentaţie insuficientă. Apar tulburări gastrointestinale (diaree), probabil în legătură cu un metabolism alterat al grăsimilor sau cu insuficienţa vitaminei „H" în lapte. În cazurile tipice se constată, pe cap modificări seboreice sub formă de scuame şi cruste, iar pe extremităţi, eritrodermie care începe pe pielea abdomenului şi se poate întinde pînă la coaste. Sînt frecvente complicaţiile purulente, mărirea limfoganglionilor, a splinei şi ficatului, anemia, leucopenia, scăderea proteinemiei.

Bibl. — BOGDANOWICZ J., DABROWSKA W.: *Pieleg. Pol.*, 1938, 10, 282. (D.B.)

Leiner-Spieler, boala; tuberculoza miliară diseminată a pielii *(tuberculosis cutis miliaris disseminata).* Apare de obicei la sugari şi copii mici, în bolile infecţioase sau în tuberculoza generalizată, ca rezultat al diseminării unui număr mare de bacili din focarele inflamatorii şi al rezistenţei diminuate a organismului. Odată cu papule mici, de culoare roşie-albăstrie sau roşie-brună, apar pete (embolii bacilare în vasele mici ale pielii). Erupţia cuprinde faţa, trunchiul şi extremităţile. În cazul asocierii meningitei tuberculoase prognosticul este nefavorabil.

Bibl. — RITSZTEINOWA H.: *Przegl. Dermat.*, 1937, 32, 16. (D.B.)

Lameris, keratoza; varietate a keratozei foliculare depilante *(keratosis follicularis decalvans);* descrisă în 1905. Căderii părului de pe pielea capului, a sprîncenelor şi a genelor, i se asociază modificări degenerative ale corneei. Etiologia necunoscută.

Bibl. — THELEN: *Zbl. Haut Geschlechtskr.*, 1940, 66, 5. (D.B.)

Landau, simptomul; propus de clinicianul A. Landau din Varşovia: prezenţa unui suflu sistolic intens la nivelul arterei subclaviculare stîngi, în cazurile de sifilis aortic, cu modificările cele mai mari la locul în care arcul aortic trece în aorta descendentă. (D.B.)

Landau, simptomul; „rîndunelele"; reflex fiziologic al perioadei de sugar mic: prin ridicarea în sus a sugarului din decubit ventral se observă flexia trunchiului în formă de arc cu concavitatea îndreptată în sus şi capul ridicat. (D.B.)

Lane, complexul simptomatic; eritemul palmar ereditar *(erythema palmaris hereditarium);* palme roşii *(red palms);* descris în 1929. Constă în eritem roşu-aprins al palmelor, fără alte modificări. Boala apare la copii de vîrstă mică; se poate manifesta, de asemenea, în timpul sarcinii şi poate dispărea spontan după naştere. Forma congenitală este considerată drept o efelidă, iar cea dobîndită are, probabil, la bază intoxicaţii sau tulburări hormonale.

Bibl. — LANE: *Arch. Dermat. Syph.*, 1929, 20, 445. (D.B.)

Lane, glosită rombică mediană *(glossitis rhombica mediana);* vezi Brocq şi Pautrier, *glossite losangique médiane.* (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Landouzy, boala: vezi Weil, boala. (D.B.)

Landouzy, tifobaciloza; septicemia tuberculoasă supraacută *(sepsis tuberculosa acutissima);* septicemie cu leziuni inflamatoare nefoliculare *(septicémie à lésions inflammatoires non folliculaires);* septicemia tuberculoasă nefoliculară; descrisă în 1882. Este forma acută a septicemiei tuberculoase fără simptome metastatice. Clinic se caracterizează prin temperatură progresivă, ascendentă, cefalee, prostraţie sau agitaţie; limbă saburală, frecvent diaree, hepatosplenomegalie, tahicardie. Se dezvoltă un tablou care aminteşte febra tifoidă sau septicemia. Evoluţie gravă. În hemocultură se decelează micobacteria tuberculoasă. (D.B.)

Landouzy-Déjérine, sindromul; varietate a atrofiei musculare progresive, forma infantilă, care interesează muşchii feţei, omoplaţilor şi braţelor. (vezi Erb, boala). (D.B.)

Landry (1859), **sindromul; paralizia** acută ascendentă *(paralysis acuta ascendens)* Landry; se observă în diferite boli infecţioase. Începe cu senzaţia de oboseală, parestezii ale extremităţilor, temperatura crescută pînă la 38°, apoi apar paraliziile musculare simetrice flasce (cu dispariţia reflexelor tendinoase), iniţial ale piciorului, apoi ale gambei, trunchiului, degetelor de la mîini, antebraţului, braţului, ale musculaturii respiratoare. În perioada finală se instalează asfixie, cianoză, respiraţie Cheyne-Stokes; moarte în ziua a 7-a — a 10-a de boală.

Bibl. — SZPILMAN-NEUDING: *Neurol. Pol.*, 1932, 1, 265. (D.B.)

Lang, acneea conglomerată *(acne conglobata);* vezi Hoffmann-Lukasiewicz, *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens.* (D.B.)

Langdon-Down (1870), **sindromul;** mongolismul; idioţia furfuracee *(idiotia furfuracaea)* Seguin (1843); descris de Langdon în colaborare cu Frasis-Mitchellern. În apariţia sindromului joacă rol factori ereditari şi hormonali. La faţă: fante oculare strîmte, oblice, epicantus, facies turtit, regiunile malare proeminente, nas mic, gros şi turtit, buzele groase, urechi mici situate posterior în comparaţie cu normalul. În plus, talie mică, limbă scrotală *(lingua scrotalis),* degete curbe şi mici, hipotonie musculară şi laxitate articulară, debilitate mintală. Copiii bolnavi mor de obicei printr-o infecţie intercurentă, cel mai frecvent tuberculoza. (D.B.)

Lanz, punctul; în apendicită: locul durerii provocate prin palpare, situat imediat deasupra apendicelui (în cazurile tipice). Se găseşte la distanţa de 5 cm de creasta iliacă antero-superioară, pe linia care uneşte ambele creste. (D.B.)

Larrey, simptomul; în inflamaţia plexului ilio-sacrat (simptom precoce al bolii Bechterew). Constă în durere la nivelul regiunii lombo-sacrate, produsă de trecerea rapidă în poziţia aşezată. (D.B.)

Larrey, simptomul sciatic; în sciatică. Apariţia de dureri pe traiectul nervului sciatic, în încercarea bruscă de a se aşeza. (D.B.)

Laruelle, sindromul; sindromul găurii occipitale *(syndrome du trou occipital);* în tumorile acestei regiuni. Manifestările clinice se caracterizează prin cefalee sub formă de crize, contractură persistentă sau secuse de scurtă durată ale muşchilor cervicali, tulburări vasomotorii la nivelul feţei şi gîtului, tahipnee progresivă, spasme ale esofagului. (D.B.)

Lasègue, simptomul: în complexele simptomatice isterice: imposibilitatea mişcărilor la nivelul extremităţilor, dacă bolnavul ţine ochii închişi. (D.B.)

Lasègue, simptomul; în sciatică; introdus sub această denumire în 1881 de un elev al autorului — Frost. Este simptomul dureros de bază în toate nevralgiile nervului sciatic. Constă în apariţia sau intensificarea durerii prin manevrele care întind trunchiul nervului sciatic. Metoda clinică de a obţine acest simptom: examinatorul ia într-o mînă călcîiul de partea afectată a bolnavului, care este aşezat în decubit dorsal şi, menţinînd uşor genunchiul cu cealaltă mînă, ridică în sus extremitatea respectivă extinsă. Chiar prin ridicarea uşoară a extremităţii apare o durere intensă pe traiectul nervului sciatic. (D.B.)

Lassuer-Graham-Little, complexul simptomatic. Etiologie necunoscută. Constă din lichen spinos *(lichen spinulosus)* pe tegumente, calviţie atrofică în focare mici de

Scanned with OKEN Scanner

tip pseudopeladă şi căderea fără atrofie a părului din regiunea axilară şi pubiană. În prezent majoritatea autorilor consideră că acest complex simptomatic include atrofia focală a pielii păroase a capului de tipul pseudopeladei şi simptome de keratoză piloasă *(keratosis pilaris)* pe feţele extensorii ale extremităţilor, mai rar cu altă localizare.

Bibl. — LITTLE E.: *Proc. Roy. Soc. Med. (Londra)*, 1930, 23, 1 488. (D.B.)

Launois-Cleret, sindromul; vezi Babinski-Fröhlich, sindromul. (D.B.)

Laurence-Moon-Biedl, complexul simptomatic; Laurence - Moon - Bardet - Biedl; Bardet - Laurence - Biedl - Biemond; Bardet - Biedl; Laurence - Moon - Hutchinson - Bardet - Biedl. Descris de Hering în 1864, de de Wacker în 1865 şi completat de Laurence şi Moon în 1866, Bardet în 1920 şi Biedl în 1922. Se caracterizează prin alterarea metabolismului lipidelor, tulburări genitale *(dystrophia adiposo-genitalis)*, obezitate de tip Frölich, retinită pigmentară *(degeneratio tapetoretinalis)*, sin- şi polidactilie, debilitate mintală. S-au descris multe defecte asociate: nistagmus, microoftlamie şi anoftalmie, miopie (rar presbitism şi mai rar vedere normală), dezvoltare deficitară a petei galbene, coloboma, strabism, cataractă polară posterioară, oftalmoplegie externă, atrofia nervului optic, epicantus, ptoză palpebrală bilaterală. Simptome generale: defecte congenitale cardiace, hidronefroză bilaterală, deformaţie craniană, surditate, talie mică, mai rar înaltă, paralizii spastice ale extremităţilor inferioare etc. Începe în copilărie, cel mai frecvent între 10 şi 15 ani. Pînă în prezent sînt descrise 300 de cazuri. Etiologia necunoscută; este considerată printre defectele de dezvoltare (abiotrofia) a creierului intermediar, hipofizei şi retinei, deşi în prezent se crede că este rezultatul lezării congenitale a creierului în întregime.

Bibl. — NIRANKARI M. S., MANCHANDA S. S., MAYDGAL M. C.: *Amer. Journ. Ophth.*, 1960, 49, 1 410. (D.B.)

Leber, boala; inflamaţia ereditară a nervilor optici *(atrophie optique héréditaire)*; nevrita optică ereditară *(névrite optique héréditaire)*; descrisă în 1871. La bărbaţi (afectaţi cu predilecţie) apare brusc, uneori chiar în primii ani de viaţă, de la început bilateral. La femei apare la vîrste variate (în special între 30 şi 40 de ani) şi evoluţia este mai gravă. Debutează cu diminuarea acuităţii vizuale şi cefalee caracteristică, în special în regiunile temporale. Evoluţia este cronică; duce la atrofie dar nu ajunge niciodată la cecitate completă; uneori poate să survină ameliorare spontană. Gravitatea este indicată de defectul central care se întinde către periferie. (În esenţă este o inflamaţie retrobulbară a nervului optic, care produce atrofia acestuia). Uneori apare tulburarea vederii colorate, în special pentru roşu şi verde. S-au descris complicaţii ca: tulburări psihice, ataxie, epilepsie, hiperreflexie tendinoasă, simptomele sclerozei diseminate, mărirea şelei turcice. Trebuie diferenţiată de atrofia ereditară familială a nervilor optici, congenitală sau infantilă (boala Behr), care apare precoce (pînă la vîrsta de 3 ani) şi se transmite cu caracter recesiv, în forma gravă sau dominant, în formele mai uşoare. Boala se însoţeşte de simptome neurologice. Etiologia necunoscută.

Bibl. — SIKORSKA K.: *Klinika Oczna*, 1956, 26, 389. (D.B.)

Leber, celulele; descrise în 1915; vezi Coats, celulele. (D.B.)

Leber, corioretinita serofibrinoasă degenerativă *(chorio-retinitis sero-fibrinosa degenerativa)*; descrisă în 1915; vezi Coats, boala — forma exsudativă. (D.B.)

Leber, pierderea vederii la copii; degeneraţia infantilă sau congenitală tapetoretiniană; amauroza congenitală *(amaurosis congenita)*; retinita pigmentară cu amauroză sau ambliopie *(retinitis pigmentosa cum amaurosi seu amblyopia)*; eredoretinopatia congenitală *(heredoretinopathia congenita)*; amauroza tapetoretiniană infantilă *(amaurose tapéto-rétinienne infantile)*; disgenezia neuroepitelială a retinei *(dysgenesis neuroepithelialis retinae)*; descrisă în 1869 şi 1871. Boala se manifestă la scurt interval după naştere sau în primii ani de viaţă, prin acuitate vizuală foarte slabă sau ambliopie (simptomul digitooocular Franceschetti); mai există nistagmus, mai rar fotofobie. În această perioadă se poate observa la periferia fundului de

Scanned with OKEN Scanner

ochi puncte albăstrii discrete; mai tîrziu se vede un aspect marmorat şi final (uneori după cîţiva ani) la acest nivel apare pigmentul. Pînă în perioada dezvoltării anesteziologiei (anestezia dă posibilitatea de a explora minuţios aceşti bolnavi), se punea frecvent diagnosticul de atrofie primară a nervului optic (boala Leber, vezi mai sus), cu atît mai mult cu cît papila nervului optic este în unele cazuri uşor palidă. Uneori poate fi diagnosticată numai pe baza electroretinografiei. Etiologia necunoscută.

Bibl. — FRANCESCHETTI A., FORNI S.: *Ophthalmologica*, 1958, 135, 610. (D.B.)

Lederer-Brill, boala; boala Fiessinger-Decaurt-Laur; anemia hemolitică acută febrilă *(akute febrile hämolitische Anämie);* sindromul hemolitic acut *(akutes hämolitische Syndrom);* descrisă pentru prima oară de Lederer, în 1925. Se observă aproape exclusiv în America de Nord. După o perioadă prodromală de cîteva zile (catar faringian, cefalee, vărsături, diaree), apar frisoane puternice, temperatură ridicată. Apare icterul, care se accentuează, uneori obnubilaţie sau agitaţie. În unele cazuri se adaugă dureri abdominale sub forma de crize, mărirea moderată a splinei, ficatului şi limfoganglionilor, frecvent simptomele unei diateze hemoragice. De obicei există o anemie importantă cu megalocitoză, reticulocitoză, poikilocitoză, anizocitoză, eritrocite nucleate; leucocitoză importantă cu deviere la stînga pînă la mieloblaşti iar în măduva osoasă, megalocitoză intensă. Etiologia nu este stabilită; infecţioasă probabil. Prognosticul rezervat.

Bibl. — LEDERER M.: *Amer. Journ. Med. Sci.*, 1925, 170, 500. (D.B.)

Legg-Calvé-Perthes, boala; osteocondrita juvenilă deformantă a femurului *(osteochondritis coxae juvenilis deformans);* necroza epifizară *(epiphyseonecrosis);* coxalgia infantilă *(coxalgia infantilis);* coxa vara epifizară a adolescenţilor *(coxa vara epiphysaria adolescentium);* suferinţa femurală *(malum coxae); coxa plana;* pseudocoxalgia; boala latentă a coapsei *(quiet hip disease);* capul plan *(flat head);* boala Perthes *(Perthes'disease);* osteocondrita epifizei capului femural *(osteochondritis of capitula epiphisis of femur);* boala Waldenström *(maladie de Waldenström);* artrita deformantă juvenilă *(arthrite déformante juvénile);* necroza juvenilă a capului femural *(juvenile Hüftkopfnekrose);* osteocondrita deformantă infantilă a epifizei femurale superioare *(ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure).* Descrisă în 1908 de Legg şi Waldenström şi în 1910 de Calvé şi Perthes. Constă în necroza subcondrală aseptică a capului femurului, la copii de 6—14 ani. Se traduce prin şchiopătare şi limitarea abducţiei, flexiei şi rotaţiei în afară în articulaţia coxo-femurală. La radiografie se observă lărgirea spaţiului articular, decalcifierea şi osteoporoza capului femural, care evoluează pînă la numeroase fracturi patologice şi deformarea în ciupercă a acestuia. Cauza este tulburarea trofică a capului femural, cel mai probabil consecutivă traumatismelor iterative.

Bibl. — LOSZLA M. M.: *Ped. Pol.*, 1950, 1/2. (D.B.)

Lehndorff, sindromul; anemia alergică a nou-născuţilor. Debutul este brusc, la vîrsta de 6—8 zile. Constă în paloare rapid progresivă a tegumentelor, fără hepatosplenomegalie, cu anemie importantă, fără reacţia eritroblastică şi fără modificări ale mielogramei. Anemia dispare spontan. Lehndorff consideră că este o formă de şoc alergic, în care alergenul este reprezentat de proteinele şi hormonii materni. (D.B.)

Leitner, sindromul; tuberculoza cazeoasă generalizată a sistemului hemopoietic limfatic *(generalisierte verkäsende Tuberkulose des lymphatisch-hemopoetischen Systems);* tuberculoza atipică a limfoganglionilor *(atypische Tuberkulose der Lymphknoten);* tuberculoza cazeoasă generalizată a limfoganglionilor cu evoluţie atipică; descris în 1940. Simptome: febră, stare generală alterată; limfoganglionii măriţi, uneori ramoliţi; ficatul şi splina de asemenea mărite; accelerarea importantă a vitezei de sedimentare a hematiilor; în sînge, pancitopenie; de foarte multe ori leziuni tuberculoase cazeoase şi în alte organe, în special în plămîni, rinichi, oase. Prognosticul neprevizibil.

Bibl. — LEITNER J. S.: *Schweiz. Med. Wschr.*, 1944, 74, 8. (D.B.)

Lejonne-Lhermitte, boala; atrofia olivo-cerebelară *(atrophia olivo-cerebellaris);* atrofia olivo-rubro-cerebelară. Clinic aminteşte boala Déjerine-Thomas cu sindrom Weber. (D.B.)

Leloir, lupusul comun eritematos *(lupus vulgaris erythematodes);* lupusul eritematos. Varietate rară de lupus facial, asemănător clinic cu lichenul eritematos. Simptomul diascopic este pozitiv. Diagnosticul este rezolvat de examenul histologic.

Bibl. — MONTGOMERY H.: *Arch. Dermat. Syph.*, 1937, 35, 698. (D.B.)

Lemierre - Boltanski - Justin - Besançon (1937), sindromul; formă de polinevrită alcoolică, observată cel mai des la femeile care au tuberculoză pulmonară. Este asociat frecvent cu sindromul Korsakov, cu modificări hepatice importante şi dezvoltare rapidă a procesului tuberculos. (D.B.)

Lenartowicz, complexul simptomatic; *chenopodiasis.* Apare după utilizarea în alimentaţie a plantelor din familia *Chenopodiaceae* sau *Atriplicineae,* care produc alergie la lumină, în special la subiecţii debilitaţi. Se manifestă prin modificări cutanate asemănătoare eritemului lombardian.

Bibl. — PETER J.: *Medycyna Pracy,* 1948, 2. (D.B.)

Lenggenhager (1945), simptomul: extensia halucelui consecutivă unei percuţii pe calcaneu (vezi Babinski, reflexul). (D.B.)

Léri, simptomul; în hemiplegie: flexia pasivă în articulaţia radio-carpiană nu produce mişcarea sinergică reprezentată prin flexia articulaţiei cotului. (D.B.)

Leriche, boala; vezi Sudeck, boala. (D.B.)

Leriche, sindromul; obstrucţia aorto-iliacă cronică *(chronic aortoiliac obstruction);* sindromul bifurcaţiei aortice *(Aortenbifurkations-Syndrom);* sindromul obliterării bifurcaţiei aortei abdominale. Simptomele caracteristice: atrofia muşchilor, paloarea şi hipotonia extremităţilor inferioare, absenţa pulsului şi oscilaţiilor la nivelul arterelor extremităţilor. Se observă aproape exclusiv la bărbaţi în vîrstă de peste 50 de ani.

Bibl. — SHAPIRO D.: *Am. Journ. Röntgen.*, 1952, 67, 891. (D.B.)

Leri-Molin de Teyssieu (1917), simptomul; durerea la nivelul plexului brahial, din tuberculoza pulmonară. Există tulburări de sensibilitate pe faţa externă a braţului şi pareza uşoară a extremităţii. Autorii explică sindromul dureros prin hipertrofia limfoganglionilor şi prin compresiunea consecutivă asupra plexului brahial. (D.B.)

Lermoyez, complexul simptomatic; angiospasmul labirintic *(angiospasme labyrinthique);* „vertijul care face să se audă" *(vertige qui fait entendre).* Varietate a reacţiilor simpatice din complexul simptomatic vestibular, care constă în faptul că în timpul unei ameţeli puternice se ameliorează brusc auzul diminuat dinainte. Este rezultatul dilataţiei intense a arterei auditive interne, de obicei strîmtată la bolnavii cu arterioscleroză. Vertijul este însoţit de aflux sanguin către extremitatea cefalică şi de alte tulburări neurovegetative. Complexul simptomatic poate fi considerat ca boala Raynaud a labirintului.

Bibl. — *An. Méd. Oreille (Paris),* 1929, 48, 575 (D.B.)

Lesage Abrami, sindromul; formă clinică de meningită la sugari, care constă în somnolenţă ce aminteşte narcolepsia, slăbire intensă, rapid progresivă, aritmia pulsului. (D.B.)

Leschke, complexul simptomatic; constă în constituţie astenică, hiperglicemie şi prezenţa de pete brune de hiperpigmentaţie cutanată. Este forma latentă a bolii Recklinghausen (vezi aceasta).

Bibl. — ORMSBY, MONTGOMERY: Diseases of the Skin, 1954, (D.B.)

Leschke, complexul simptomatic; distrofia pigmentară *(dystrophia pigmentosa).* Constă în apariţia simultană a petelor pigmentare, a infantilismului, hipotensiunii arteriale şi tulburărilor endocrine.

Bibl. — TOURAINE A.: L'Hérédité en Médecine, Paris, 1955. (D.B.)

Letulle, complexul simptomatic; chisturi seroase congenitale *(kystes séreux congénitaux); hygroma cysticum;* limfomul sau limfangiomul chistoid *(lymphangioma cystoides).* Reprezintă o varietate de limfom chistic, care se formează prin unirea vaselor limfatice şi proliferarea acestora pînă la dimensiuni importante. Formaţiu-

Scanned with OKEN Scanner

nile apar încă la nou-născut; se localizează la gît, buze, limbă. Sînt incluse în defectele de dezvoltare.

Bibl. — GOLDSCHLAG: *Przegl. Dermat.*, 1936, 31, 71. (D.B.)

Lever, boala; pemfigoidul *(pemphigoid);* parapemfigusul *(parapemphigus)* Prakken. Varietate a bolii Dühring, care se observă la bolnavii în vîrstă; este clasată într-o grupă separată, datorită monomorfismului elementelor eruptive (bule), recidivării bulelor pe locurile vechi, evoluţiei uşoare, absenţei acantolizei şi simptomului Nikolski (vezi acesta), ca şi prezenţei bulelor subepidermice.

Bibl. — LEVER: *Médecine*, 1953, 51, 1. (D.B.)

Lever, pemfigoidul mucoaselor; pemfigoidul benign al mucoaselor *(benign mucous membrane pemphigoid);* pemfigusul benign al mucoaselor *(pemphigus benignus mucosae);* pemfigusul ocular *(ocularis)* sau al conjunctivei *(conjunctivae);* „ridarea idiopatică" a conjunctivei; dermatita pemfigoidă cronică a mucoaselor şi tegumentelor *(chronic mucocutaneous dermatitis pemphigoides); syndesmitis degenerativa.* A fost individualizat de Lever în 1953. Boala afectează subiecţii de vîrstă înaintată, în special după 50 de ani, mai frecvent femeile. Trei simptome o diferenţiază de alte pemfigusuri: 1) evoluţia cronică şi favorabilă *quoad vitam* a bolii; 2) localizarea leziunilor pe mucoase (conjunctivă, cavitate bucală, nas, trahee, faringe, esofag, organe genitale, anus); 3) tendinţa la cicatrizare. Conjunctiva nu este afectată în toate cazurile, uneori este lezată mai tardiv, chiar după cîţiva ani. În grupa pemfigoidelor — dermatozele buloase care nu trebuie incluse în pemfigusul adevărat — Lever distinge, pe lîngă pemfigoidul benign al mucoaselor, pemfigoidul bulos *(bullous pemphigoid),* pe care-l consideră varietatea buloasă a bolii Dühring. Etiologie necunoscută.

Bibl. — PIECOCKI M., KONERSKA-DZIEDZIC B.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1959, 14, 422. (D.B.)

Levy, simptomul; semnul pumnului *(signe du poing):* contracţia sinergică a muşchilor care flectează pumnul, în timpul flectării intense a degetelor. Absenţa acestui semn se observă în sindroamele extrapiramidale din leziunile nucleului striat. (D.B.)

Lewandowsky, complexul simptomatic; nevul elastic al regiunii mamare *(naevus elasticus regionis mammaris);* nev în piatră de pavaj *(naevus cobblestone);* nevul zosteriform *(naevus zosteriformis);* nevul sclerodermoid *(sclerodermoid naevus)* Ormsby. Este o pată pigmentată congenitală, care are forma unor papule proeminente cu diametrul de 2—3 mm, culoare albă-gălbuie, consistenţă dură şi înconjurate la periferie de un chenar de piele pigmentată. Se localizează cel mai des pe o parte a toracelui, spre deosebire de pseudoxantomul elastic *(pseudoxanthoma elasticum).* Histologic se observă hiperplazia fibrelor de ţesut conjunctiv. Se sugerează o tulburare de dezvoltare a ţesutului mezenchimal.

Bibl. — MEARA: *Brit. Journ. Dermat.*, 1951, LXIII, 459. (D.B.)

Lewandowsky, tuberculidele miliare rozeoliforme *(tuberculides rosaceaformes, rosacea-like tuberculid), (tuberculides miliares rosaceaformes).* Apar pe fondul unei diseminări hematogene a bacililor, la bolnavii cu simptome de rubeolă. Modificările patologice se localizează pe faţă şi sînt asemănătoare cu rosacea sau cu lupoidul miliar *(lupoides miliares).* Reacţiile la tuberculină, ca şi rezultatele diascopiei sînt pozitive.

Bibl. — MIEDZINSKI F., SANKOWSKA-KLECZEWSKA H.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1956, 6, 545. (D.B.)

Lewandowsky-Lutz, complexul simptomatic; epidermodisplazia veruciformă *(epidermodysplasia verruciformis);* descrisă în 1922, ca o formă specială de modificări verucoase. Etiologia necunoscută. Boala are caracterul unui nev. Rezultatele recente pozitive ale auto- şi heteroinoculării arată legătura strînsă a acestei boli cu verucile plane, juvenile *(verrucae juveniles).* Boala începe cu predilecţie la vîrsta copilăriei, dar poate debuta şi la adult. Reprezintă o aglomerare de papule epiteliale plate, dispuse predominant pe faţă şi extremităţi (faţa dorsală a pumnilor), mai rar în alte locuri. În caz de durată îndelungată se pot dezvolta carcinoame spinocelulare.

Bibl. — JABLONSKA S., MILEWSKI B.: *Dermatologica*, 1957, 1, I. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Ley (1930), boala; apercepţia auditivă congenitală *(congenital auditory imperception);* absenţa perceperii vorbirii cu voce tare; agnozia auditivă fără surditate, cu dezvoltare intelectuală normală. Bolnavul nu vorbeşte, foloseşte gesticulaţia sau un limbaj incorect din punct de vedere gramatical *(idioglossia).* Boala se observă mai frecvent la băieţi. (D.B.)

Leyden, boala; inflamaţia acută primară nesupurată a cerebelului, care produce ataxie, iniţial masivă, dispărînd apoi treptat. (D.B.)

Leyden - Moebius - Zimmerlin, sindromul; varietate a atrofiei musculare progresive. Este forma atrofică cu leziunea centurii pelvine şi a coapselor (vezi Erb, boala). (D.B.)

Leydig, sindromul; hipogonadismul Leydig *(hypogonadismus);* hipo-Leydigismul *(hypo-Leydigismus);* insuficienţa celulelor Leydig şi feminizare. Se observă la băieţi în perioada maturării sexuale, duce la pilozitate redusă, de tip feminin, ginecomastie, testicule de dimensiuni normale, sensibilitate crescută la insulină. În urină cantitate normală de gonadotropină şi cantitate scăzută de 17-cetosteroizi. Histologic: absenţa celulelor Leydig în testicule; în rest, tablou histologic normal. Cauza probabilă sînt tulburările hormonale hipofizare. (D.B.)

Leyton-Tornbull-Bratton, sindromul; macrogenitosomia timică *(macrogenitosomia thymica).* Constă în tulburări hormonale care amintesc sindromul Cushing. La copii se manifestă prin obezitate şi dezvoltare musculară excesivă. Cauza este o tumoare primitivă a timusului.

Bibl. — LEYTON, BRATTON, TORNBULL: *Journ. Path. Bact.,* 1951, 134, 635. (D.B.)

Lhermitte, boala: atrofia vermisului la bătrîni *(atrophie vermienne du vieillard).* Modificări atrofice interesînd în special vermisul cerebelului, care produc un sindrom clinic asemănător bolii Marie-Foix-Alajouanine. (D.B.)

Lhermitte, boala; catalepsia trezirii din somn *(catalepsie du réveil);* trezirea disociată *(dissoziertes Erwachen);* vezi Lowenfeld-Henneberg, sindromul. (D.B.)

Lhermitte, boala; mioscleroza senilă *(myosclerosis senilis).* Apare în special la femeile în vîrstă, la care se observă hipotonia şi hipotrofia muşchilor extremităţilor inferioare, cu contracturi ulterioare, predominant la nivelul adductorilor şi flexorilor. Histologic: proliferarea ţesutului conjunctiv. (D.B.)

Lhermitte, simptomul; descărcarea electrică *(décharge électrique)* din scleroza diseminată, bolile degenerative ale măduvei spinării şi traumele segmentului cervical al măduvei; apariţia de dureri bruşte, asemănătoare curentului electric, care cuprind tot corpul, consecutive înclinării înainte a capului. (D.B.)

Lhermitte (1920), sindromul; halucinoza pedunculară *(hallucinose pédunculaire);* halucinaţiile vizuale din tumorile sau procesele inflamatorii şi vasculare de la nivelul învelişului pedunculilor *(tegmentum pedunculi),* de sub planşeul ventriculului al III-lea. Aceste halucinaţii se aseamănă cu visele; frecvent conţinutul lor sînt figuri de oameni şi animale, de dimensiuni liliputane, şi aminteşte desfăşurarea unei pelicule cinematografice. (D.B.)

Lhermitte - Monier - Vinard - Tsocanakis (1935), simptomul; disfagia spasmodică faringo-esofagiană *(dysphagia pharingo-oesophagica spasmodica).* Se observă în sindromul bulbar, prin excitaţia nervului vag. (D.B.)

Lian-Stucki-Rey, sindromul; ictus laringean; vezi Charcot, apoplexia laringeană. (D.B.)

Libman-Sacks, sindromul; sindromul Kaposi-Libman-Sacks; endocardita abacteriemică *(endocarditis abacteriaemica, endocardite abactériémique)* sau abacteriană *(abakterielle Endokarditis);* forma evolutivă viscerală a lupusului eritematos *(viscerale Verlaufsform des Lupus erythematodes);* inflamaţie verucoasă abacteriană atipică a endocardului (se observă aproape întotdeauna în lupusul eritematos). Descris în 1923. Temperatură ridicată, stare generală gravă, mialgii şi artralgii, uneori manifestări cutanate eritematoase sau mici hemoragii. Simptomele de endocardită pot fi slab exprimate; ficatul, splina şi ganglionii limfatici sînt mărite. În urină se găseşte o cantitate moderată de proteine şi un număr redus de hematii (glomerulo-

Scanned with OKEN Scanner

nefrita circumscrisă — *glomerulonephritis circumscripta).* În sînge: anemie hipocromă, leucopenie, accelerarea importantă a vitezei de sedimentare a hematiilor, de obicei hipergamaglobulinemie, foarte rar celule LE. Hemoculturile rămîn sterile. Sindromul se observă cu predilecţie la femeile tinere. Prognostic nefavorabil.

Bibl. — SIEGENTHALER W.: *Schw. Med. Wschr.*, 1955, 163. (D.B.)

Lichtman, simptomul; vezi Tremner II, simptomul. (D.B.)

Liddel-Sherrington (1924), reflexul de tensiune *(stretchreflex, Dehnungreflex);* reflexul miostatic *(myostatic reflex)* Förstre-Altenburger (1933). Muşchiul flasc, paretic arată, în momentul unei tensiuni reflexe sau unei mişcări voluntare, o mare excitabilitate. Această excitaţie pe căile de conducere din măduva spinării este transmisă muşchilor antagonişti şi produce fenomenul revenirii. (D.B.)

Liebermeister, simptomul lingual, simptom precoce al emboliei gazoase, în momentul instalării sau efectuării pneumotoracelui terapeutic: apariţia senzaţiei de amorţeală (lemnificare) a limbii sau a unei zone a acesteia, cu paloare accentuată. Este consecinţa pătrunderii bulelor de aer în artera lingual profundă. (D.B.)

Liebesny, simptomul; în sciatică: abducţia şi extensia extremităţii inferioare bolnave produce reflexul cremasterian de aceeaşi parte sau de partea opusă. (D.B.)

Lindau, boala; descrisă în 1926; vezi Hippel, boala. (D.B.)

Linder, simptomul, în sciatică: flexie pasivă a capului bolnavului aflat în poziţie culcată sau aşezată, cu extremităţile inferioare întinse, produce durere în regiunea lombosacrată sau pe traiectul nervului sciatic. (D.B.)

Lipschütz, boala; ulcerul acut vulvar *(ulcus vulvae acutus),* aftoza vulvei *(aphtosis vulvae);* descrisă în 1923 la fetiţe şi fete. La nivelul organelor genitale apar ulceraţii cu caracter diferit (necrotice, cu aspectul din bolile venerice sau herpetiforme). Nu se observă hipertrofia limfoganglionilor inghinali. Evoluţia este acută, de la cîteva zile la cîteva săptămîni. În prezent se consideră că *B. crassus,* care poate fi găsit în secreţiile ulceraţiilor, este un agent infecţios secundar, iar boala reprezintă unul din simptomele aftozei generalizate Toraine (infecţie cu virus necunoscut). Aceasta pare cu atît mai probabil cu cît, frecvent, se găsesc în evoluţia bolii afte ale cavităţii bucale şi tegumentelor, sub forma de foliculită sau alte erupţii polimorfe.

Bibl. — ROMANOWA J.: *Przegl. Dermat.*, 1930, 86. (D.B.)

Lisi (de) Pintus, simptomul: miocloniile care apar fiziologic, la om şi la diferite animale, în perioada de început a somnului. (D.B.)

Lissauer, boala; forma atipică a paraliziei progresive, caracterizată prin crize tranzitorii de convulsii. Modificările histopatologice constau în leziuni ale nevrogliei, cu spongioză accentuată, dispuse simetric, în special în regiunea parietală şi temporală.

Bibl. — *Revue neurol.*, 1955, 93, 3. (D.B.)

Litten, simptomul diafragmatic: apariţia, în timpul mişcărilor respiratorii ale cutiei toracice, a unei umbre lineare care coboară odată cu inspiraţia. Aceasta reflectă mişcările diafragmului şi se observă cel mai bine pe faţa antero-laterală a toracelui. (D.B.)

Little (1853), boala; diplegia infantilă *(diplegia infantilis);* paralizia cerebrală infantilă. Este rezultatul lezării bilaterale a căilor piramidale, datorită hemoragiei, stărilor inflamatoare, porencefaliei etc. Se manifestă prin exagerarea bilaterală a reflexelor tendinoase-periostale, dispariţia reflexelor abdominale, simptome piramidale (semnul Babinski etc.). S. Freud (1897) distinge următoarele forme de boală Little: 1) forma rigidităţii generalizate; 2) rigiditatea paralitică; 3) forma paraliziilor discrete; 4) pareza spastică bilaterală; 5) coreea; 6) atetoza. (D.B.)

Lobstein, boala; vezi Frolik, boala. (D.B.)

Loeblowitz, complexul simptomatic; ulcerul nevrotic al mucoasei bucale *(ulcus neuroticum mucosae oris);* stomatita nevrotică cronică *(stomatitis neurotica chronica)* Jacobi. Varietate a aftelor recidivante ale mucoasei cavităţii bucale. Evoluţie uşoară, aftele dispar de obicei în decurs de o săptămînă, dar recidivează

Scanned with OKEN Scanner

rapid. Este produs de un virus asemănător cu virusul herpesului obişnuit *(herpes simplex)*.

Bibl. — MÜLLER O.: *Zbl. Haut. Geschlechtskr.*, 1939, 66, 485. (D.B.)

Loeffler I, sindromul; infiltrat pulmonar fugace cu eozinofilie sanguină *(flüchtiges Lungeninfiltrat mit Bluteozinophilie, infiltration pulmonaire fugace avec éosinophilie du sang)*; pneumopatia eozinofilică *(eosinophilic pneumopathy)*; descris în 1932. Este o reacţie inflamatoare alergică la diferite antigene (bacterii, larve de helminţi şi altele). Clinic se manifestă prin senzaţie de oboseală, artralgii, tuse, uneori subfebrilităţi; de obicei nu există semne pulmonare obiective. Examenul radiologic al plămînilor arată infiltrate pulmonare unice sau multiple, net delimitate, care dispar rapid. În sînge se găseşte eozinofilie. Prognostic favorabil.

Bibl. — MOGIELNICKI S.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1952, 35, 1 053. (D.B.)

Loeffler II, sindromul; endocardita Löffler; endocardita parietală *(endocarditis parietalis)*; endocardita fibroplastică cu eozinofilie *(fibroplastic endocarditis with eosinophilia)*; inflamaţia parietală a endocardului cu eozinofilie; descris în 1936. Evoluţie afebrilă, insuficienţă cardiacă progresivă fără modificări în sistemul circulator şi eozinofilie (pînă la 50—70%). Anatomopatologic: hipertrofia cordului drept, modificări fibroase ale endocardului ventriculului drept. Cauza neelucidată; poate fi inflamatoare, alergică sau virotică. Prognostic rezervat.

Bibl. — LÖFFLER W.: *Schweiz. Med. Wschr.*, 1936, 66, 817. (D.B.)

Loefgren, sindromul; descris de autori englezi şi francezi; denumirea a fost introdusă de Revol şi Maitrepierre. Constă în asocierea hipertrofiei bilaterale a limfoganglionilor din hilurile pulmonare, eritem nodos şi leziuni vasculare. Simptome: eritem nodos, durere şi edeme articulare, temperatură crescută. Sindromul este precedat de obicei de catarul căilor respiratoare superioare. Examenul radiologic arată mărirea limfoganglionilor hilari bilaterali. Reacţiile la tuberculină sînt de regulă negative. Modificările cutanate sînt rapid jugulate de tratamentul medicamentos, pe cînd cele hilare, mult mai lent. Cauza sindromului nu este elucidată, dar probabil este infecţioasă. Prognostic favorabil.

Bibl. — GIETKA J.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1958. (D.B.)

Loehr-Kindberg, sindromul; descris în 1940. Simptomele caracteristice sînt: prezenţa unui infiltrat pulmonar cu leucocitoză mare şi eozinofilie sanguină, debut brusc şi evoluţie acută, cu febră de tip septic şi transpiraţii profuze. Examenul radiologic decelează infiltratul din parenchimul pulmonar şi o cantitate mică de exsudat în pleură. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — KINDBERG L., ADIDA P., ROSENTHAL L.: *Presse méd.*, 1940, 48, 277. (D.B.)

Loenne, simptomul cateterului: cateterul, introdus în vezica urinară, întîmpină rezistenţă din partea corpului mărit al uterului gestant. Este un simptom de sarcină precoce, foarte puţin cunoscut.

Bibl. — MARTIUS H., BICKENBACH W.: Lehrbuch der Geburtshilfe, Stuttgart, 1956. (D.B.)

Loewenthal, complexul simptomatic; purpura pruriginoasă *(itching purpura)*. Etiologie necunoscută. Pruritul, neobişnuit de tenace, este probabil produs de acţiunea excitantă a depunerii de hemosiderină sau de factori nervoşi. Lipsesc modificări inflamatorii la nivelul epiteliului. (D.B.)

Loewi, simptomul: discreţia dilatării pupilelor sub acţiunea adrenalinei. Se observă în boala Basedow; are importanţă redusă în general. (D.B.)

Loutit, boala; anemia hemolitică T. Loutit; descrisă în 1946. Este o anemie hemolitică lent progresivă, fără crize. Tegumente galbene-ceroase, normobilirubinemie; de obicei splenomegalie. În frotiul sanguin: sferocitoză şi reticulocitoză. Accentuată accelerare a vitezei de sedimentare a hematiilor. Reacţia Coombs pozitivă. Splenectomia nu are eficacitate terapeutică. Etiologia necunoscută. Forma simptomatică a bolii Loutit se observă în mielom, mononucleoza infecţioasă, icterul de inoculare, boala Besnier-Boeck-Schaumann.

Bibl. — LOUTIT F. I.: *Journ. Path. Bact.*, 1956, 8, 711. (D.B.)

Lowe, complexul simptomatic; descris în 1952 de Lowe, Terry şi MacLahlan. Se

Scanned with OKEN Scanner

caracterizează prin simptome renale (aminoacidurie, tulburarea sintezei amoniacului), oculare (cataractă, glaucom, nistagmus pendular sau „nistagmus cercetător" — *searching nystagmus* —, uneori endoftalmie, strabism divergent, simptomul digito-ocular Franceschetti cu areflexie fotometrică), dezvoltare întîrziată. Apare la copii (se pare, doar la băieți). Uneori se observă febră intermitentă, tulburarea osificării, modificări cutanate, defecte de dezvoltare etc. Examenul oftalmologic permite diferențierea acestui complex simptomatic de acela al lui De Toni (1933) — Debré (1934) — Fanconi (1936) — Lignac (1924) și de sindromul Albright. În nici unul din aceste sindroame (cu excepția depunerii de cistină în conjunctivă și cornee, sub forma de ace subțiri strălucitoare, în boala Lignac) nu se observă simptome oculare, în special cataractă și glaucom. Etiologia necunoscută.

Bibl. — STREIFF E. B., STRAUB W., GOLAI L.: *Ophthalmologica*, 1958, 135, 632. (D.B.)

Lowenfeld (1902) — **Henneberg** (1916), sindromul; catalepsia: diminuarea bruscă a tonusului muscular, „somn fiziologic" cu păstrarea cunoștinței și memoriei. (D.B.)

Lucae, simptomul; semnul presiunii fistulare *(signe de la pression fistulaire)*; simptomul fistular. Apare în proba pneumatică, în cazurile de fistulă a peretelui labirintului auricular, sub forma unui nistagmus orizontal-rotator sau a unor mișcări solitare ale globilor oculari. În creșterea presiunii aerului în conductul auditiv extern se produce nistagmus orientat de partea urechii examinate sau mișcările lente ale globilor oculari, către partea opusă; în scăderea presiunii, direcție inversă a nistagmusului și a mișcării globilor oculari. (D.B.)

Ludwig, angina; flegmonul *(phlegmone)* Ludwig; boala *(maladie de)* Gensoul; celulita submaxilară *(submaxilary cellulitis)*; flegmonul fundului cavității bucale; descrisă în 1836. Se caracterizează printr-un infiltrat inflamator foarte dureros, dur, al fundului cavității bucale, sialoree, miros fetid al gurii și deglutiție foarte dificilă. Uneori duce la asfixie. Cauza bolii sînt de cele mai multe ori procesele purulente de origine dentară și inflamația de la nivelul cavității bucale. (D.B.)

Lutembacher, sindromul; malformație complexă cardiacă, constînd din defect congenital interatrial și stenoză mitrală descris în 1916. Simptome: cianoză, suflu sistolic la baza inimii, frecvent puls hepatic ventricular, uneori și puls venos ventricular, hipotensiune arterială. Radiografia toracică: cord în formă de sferă, pulsații la nivelul hilurilor pulmonare (vezi Danelius, simptome). Electrocardiograma: devierea axului electric al inimii la dreapta (dextrogramă), P pulmonar, bloc parțial sau complet al ramurii drepte a fasciculului His. Diagnosticul este foarte dificil. Embolia paradoxală pledează cert pentru prezența acestui defect. Cateterismul cardiac poate fi util în diagnostic.

Bibl. — LUTEMBACHER R.: *Arch. Mal. Coeur*, 1916, 9, 237. (D.B.)

Lutz, complexul simptomatic; keratoza foliculară serpiginoasă *(keratosis follicularis serpiginosa)*; elastomul intrapapilar perforant veruciform *(elastoma intrapapillare perforans verruciforme)* Miescher. Este probabil o varietate a bolii Kyrle (vezi acesta). Clinic se observă grămezi de papule hiperkeratozice, cu aspect de pete, cu creștere periferică. Datorită unor diferențe în tabloul histologic față de boala Kyrle (în special hipertrofia fibrelor elastice în papilele cutanate și modificări necrotice), Miescher o consideră entitate nozologică independentă.

Bibl. — MARSCHALL J., LURIE H.: *Brit. Journ. Dermat.*, 1957, 69, 9. (D.B.)

Lutz, *epidermolysis bullosa tarda*; vezi Weber-Cockayne, complexul simptomatic. (D.B.)

Lutz-Jeananselme, complexul simptomatic; noduli juxtaarticulari *(noduli juxtaarticulares)*; nodozități juxtaarticulare *(nodosités)*. Noduli paraarticulari simetrici, de consistență dură nedureroși, fără tendință la ramoliție, de obicei neaderenți la piele, care se observă în multe boli (sifilis, frambezie), dar în special în reumatism. Se localizează de cele mai multe ori la nivelul pumnilor, antebrațelor, genunchilor și în regiunea sacrată. Descriși în 1891.

Bibl. — SCHWEITZER S., WINTER L. H.: *Arch. Derm. Syph.*, 1942, 45, 315. (D.B.)

Lutz-Splendor de Almeidy (1931); boala; paracoccidioidoza *(paracoccidioido-*

Scanned with OKEN Scanner

sis); granulomul paracoccidioidian *(granuloma paracoccidioidal);* blastomicoza braziliană. Se observă cel mai des în Brazilia, sînt afectaţi în special bărbaţii care se ocupă cu grădinăritul. Se manifestă sub forma cutaneo-mucoasă: noduli, care se ulcerează, localizaţi în jurul gurii, nasului, pe mucoasa jugală, deseori simetrici. În forma limfatică primele modificări apar în cavitatea bucală, de unde se diseminează pe cale limfatică în limfoganglionii cervicali; aceştia se necrozează, formîndu-se fistule. În forma diseminată apar diseminări, pe cale limfo- şi hematogenă, în diferite organe, frecvent în organele aparatului digestiv.

Bibl. — CONANT N. F. şi colab.: Manual of clinical Mycology, 1954. (D.B.)

Lyonnais, sindromul; forma acută a encefalitei şi mielitei virotice. Începe cu tulburări psihice (stare confuzională, halucinaţii) şi uşoară subfebrilitate. Apoi apare nevrita nervului optic, cu edemul papilei şi diminuarea acuităţii vizuale, reacţie meningeană accentuată (inflamaţie limfocitară). După 4—5 săptămîni simptomele cerebrale dispar, dar acuitatea vizuală nu se ameliorează; dimpotrivă, se poate instala o cecitate completă. (D.B.)

M

Mac Ardle, simptomul; miopatia produsă de utilizarea deficitară a glicogenului de către muşchii scheletici. (D.B.)

Mac Burney, punctul; locul durerii palpatorii în apendicită, situat la mijlocul liniei spino-ombilicale drepte. (D.B.)

Mac Cann, sindromul; sincopa tusigenă *(tussive syncope);* vezi Charcot, ictusul laringian. (D.B.)

Mac Carthy (1901), reflexul; reflexul supraorbitar *(der supraorbitale Reflex);* în paralizia nervilor din perechea a VII-a, absenţa reflexului de partea paraliziei (vezi Wartenberg, reflexul). (D.B.)

Mac Clintock, simptomul; puls cu frecvenţă de peste 100/minut, care se menţine mai mult de o oră după naştere; indică hemoragie post-partum. (D.B.)

Macewen, simptomul; în hidrocefalia internă şi abcesul cerebral; percuţia craniului produce un zgomot de rezonanţă. (D.B.)

Machelia-Dworken-Biel, simptomul; simptomul unghiului splenic. Durere puternică, produsă de tensiunea prin gaze a unghiului splenic al colonului, de obicei cu stări spastice concomitente. Bolnavul simte uşurare după evacuarea intestinului sau după eliminarea gazelor. (D.B.)

Mackenzie, simptomul; în apendicita acută; descris în 1892. Hiperestezie cutanată la nivelul peretelui abdominal anterior. Se observă nu numai în apendicita acută, ci în aproape toate formele de peritonită. (D.B.)

Madelung, deformaţia *(Madelung's deformity);* carpul curb *(carpus curbus);* carpul valg *(valgus);* radiul curb *(radius);* subluxaţia *(subluxatio)* Madelung; subluxaţia pumnului *(of the wrist);* subluxaţia

Scanned with OKEN Scanner

spontană a mîinii înainte *(spontane Subluxation der Hand nach vorne);* subluxaţia Madelung a articulaţiilor mîinii *(Madelungsche Subluxation des Handgelenkes);* deformarea articulaţiei mîinii *(Handgelenkdeformität);* boala *(maladie de)* Madelung; sindromul *(syndrome de)* Duplay-Madelung; curbura rahitică a extremităţii inferioare a radiusului *(courbure rachitique de l'extrémité inférieure du radius);* cifoza carpului *(Carpokyphose).* Descrisă în 1839 de Dupuytren şi în 1878 de Madelung. Constă în curbarea radiului spre faţa dorsală, şi a deplasării epifizei distale a acestuia de partea palmară; consecutiv, partea distală a cubitusului, împreună cu apofiza stiloidă proemină pe faţa dorsală a extremităţii. De acestea sînt legate laxitatea articulaţiei radio-cubitale, limitarea extensiei în articulaţia radio-carpiană şi a mişcărilor de rotaţie ale antebraţului, senzaţia de slăbiciune şi nesiguranţă în articulaţia radiocarpiană. Boala se observă cel mai frecvent la copii şi tineri şi are la bază tulburări de creştere a oaselor, efort excesiv, traumă gravă şi alte cauze încă insuficient cunoscute.

Bibl. — SENGER A.: *Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol.*, 1952, 3, 226. (D.B.)

Mafucci, sindromul; asocierea angioamelor cutanate cu ectazie venoasă şi discondroplazie. (D.B.)

Magnan (1885), simptomul; mania lăcomiei *(sitiomania);* în stările maniacal-depresive: apetit impulsiv, inoportun. (D.B.)

Magnan, simptomul; onomatomania; aritmomania *(arithmomania);* mania cifrelor. (D.B.)

Magnus-Klein, reflexele poziţiei şi redresării; absenţa acestora indică o leziune cerebeloasă. Modificarea poziţiei face să apară reacţia sprijinitului, a balansării, aşa-numita „reacţie magnetică". Aceasta se produce prin atingerea discretă a tălpii, cel mai bine pe faţa plantară a halucelui; în acest caz apare mişcarea de extensie a extremităţii în întregime. (D.B.)

Magnus-Klein, reflexul cervical al rigidităţii decerebrate; se observă la 50% din copiii cu meningită tuberculoasă. Rotaţia capului produce extensia ambelor, uneia sau a unei părţi a extremităţilor, cu creşterea tonusului muscular de aceeaşi parte a corpului în care a fost rotat capul şi, simultan, flexia extremităţilor, cu scăderea tonusului muscular de partea opusă. (D.B.)

Mahler, simptomul; în tromboflebita post-partum incipientă; accelerarea pulsului, prezentă cu cîteva zile înainte de apariţia altor simptome şi cu temperatură încă normală. (D.B.)

Mahler-Mischaelis, simptomul; decelarea creşterii bruşte a temperaturii şi frecvenţei pulsului, la subiecţii cu cord mare şi după operaţii sau naştere, ca indicator de tromboflebită. Nu are mare importanţă practică.

Bibl. — SCHERF D., BOYD L. J.: Herzkrankheiten und Gefässerkrankungen, Viena, 1955. (D.B.)

Maisonneuve, fractura; varietate a fracturii Dupuytren, a cărei particularitate este fractura foarte înaltă a peroneului (la nivelul gîtului). (D.B.)

Majocchi, granulomul tricofiţiei *(granuloma trichophyticum);* produs de ciuperca tricofiţiei. În contrast cu tricofiţia profundă a bărbiei şi corpului *(trichophytia profunda barbae et corporis),* kerion Celsi, lipseşte supuraţia, apare o formaţiune tuberoasă care se dezvoltă lent şi se localizează în primul rînd pe pielea păroasă a capului, mai rar în alte regiuni. Morfologic, această formaţie aminteşte o tumoare, este rezistentă la tratament şi după cîţiva ani se poate ramoli şi ulcera. Modificările patologice sînt rezultatul localizării ciupercii profund în foliculul pilos.

Bibl. — MAJOCCHI: *Soc. Ital. Sifiligr. Giorn. Ital. Derm.*, 1908, 5. (D.B.)

Majocchi, complexul simptomatic; purpura inelară telangiectatică *(purpura anularis teleangiectodes);* telangiectazia foliculară inelară *(teleangiectasia follicularis anulata);* purpura inelară. Descrisă în 1896. Etiologie necunoscută. Face parte din una dintre formele de purpură produsă de leziunea vaselor cutanate mici (capilare, arteriole şi venule), din grupa capilaritelor cronice. Pe lîngă leziunea pereţilor vaselor cutanate există şi o reacţie inflamatorie moderată. Petele roşii-albăstrii, datorite ectaziei vasculare, se localizează în vecinătatea imediată a foliculilor piloşi. Pe-

Scanned with OKEN Scanner

tele se măresc periferic pe măsură ce se şterg în centru; de aci forma inelară a erupţiei. La periferia petelor sînt echimoze, iar în centru depunere de hemosiderină (de culoare închisă). Se localizează simetric pe extremităţile inferioare, în special la nivelul genunchilor. Evoluţia este cronică.

Bibl. — KOZLOWSKI J., LUKASIAK B.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1957, 1, 27. (D.B.)

Malcz, simptomul; simptomul Sterling-Okuniewski; descris în 1847, în febra tifoidă. Constă în incapacitatea bolnavului de a scoate limba, cu toate că aceasta este umedă. Indică leziunea sistemului nervos central. (D.B.)

Malgaigni, fractura; fractura verticală dublă Malgaigni *(Malgaignesche doppelte Vertikalfraktur).* Fractura bazinului consecutivă compresiunii verticale asupra acestuia, care produce fractura uni- sau bilaterală a oaselor iliace.

Bibl. — HUBNER A.: *Fract. Luxat.*, 1948, 69. (D.B.)

Malherb-Chenantais, boala; carcinomul calcificant *(epithelioma calcificans);* chisturi epidermice calcificate *(kystes épidermiques calcifiés);* carcinomul calcificant benign; descrisă în 1881. Origine necunoscută; ca punct de plecare se sugerează resturi embrionare aberante ale glandelor sebacee, ale matricei părului sau ale foliculului pilos. De obicei tumoarea este solitară, localizată în ţesutul subcutanat la orice nivel, mai des pe faţă şi cap. Tegumentele supraiacente sînt nemodificate. Tumoarea este mobilă, nedureroasă. Examenul histologic stabileşte diagnosticul.

Bibl. — LUCZAK M., SZCZUREK Z.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1956, 2, 511. (D.B.)

Mallory-Weiss, sindromul; descris în 1929. Reprezintă ulceraţii în formă de fisuri ale esofagului, dispuse în jurul cardiei, în direcţia stomacului. Boala se caracterizează prin vărsături profuze şi hemoragii masive. Etiologia necunoscută.

Bibl. — SCHUTTLEWORTH K. E. D.: *Brit. Journ. Surg.*, 1938, 56, 1. (D.B.)

Malmrose-Hervall, sindromul; afecţiunea post-primară *(affectio post primaria);* leziunile post-primare *(laesiones post primariae).* Este vorba de primele manifestări tuberculoase discrete, de obicei în treimea superioară a cîmpului pulmonar, care apar la subiecţii neinfectaţi cu tuberculoză pînă atunci (nu reacţionează la tuberculină). Majoritatea ftiziologilor consideră acest sindrom ca manifestare incipientă în plămîni. (D.B.)

Manganotti, complexul simptomatic; cheilita erozivă precanceroasă *(cheilitis abrasiva praecancerosa);* inflamaţia labială erozivă precanceroasă; descris în 1834. Fără cauze decelabile, predominant la bărbaţi, în mijlocul buzei inferioare apare o leziune (sau mai multe) sub forma de eroziune fără infiltrat. Frecvent se dezvoltă carcinom spinocelular.

Bibl. — MANGANOTTI G.: *Zbl. Haut. Geschlechtskr.*, 1934, 48, 35. (D.B.)

Mankleir, boala; osteocondrita capului oaselor metacarpului *(osteochondritis capituli ossium metacarpi);* descrisă în 1927. Necroza subcondrală aseptică a capului oaselor metacarpiene. Etiologie necunoscută. (D.B.)

Mann, boltirea congenitală a retinei; vezi Weve, *ablatio retinae falciformis.* (D.B.)

Mannkopf, simptomul; accelerarea pulsului prin compresiune pe locul dureros (vezi Rumf, simptomul). (D.B.)

Manson, boala; schistosomatoza enterică *(schistosomatosis enterica);* descrisă în 1907. Sambon consideră că este produsă de helmintul *Schistosoma mansoni.* Gazda intermediară este reprezentată de moluştele de apă dulce, iar gazda permanentă, de om. Infecţia se face prin piele. Se observă în Africa, America de Sud şi Centrală, India de Nord. În perioada migraţiei larvelor există simptome de tip alergic, iar după 3—5 săptămîni de la infestare, simptome locale, cel mai des tenesme, diaree cu mucus şi sînge. Poate evolua ca formă intestinală, hepato-intestinală sau asimptomatică. Complicaţiile depind de pătrunderea ouălor helminţilor, cu sîngele, în plămîni, rinichi, creier şi alte organe. Diagnosticul se bazează pe decelarea ouălor parazitului în scaun, pe proba cutanată şi reacţia legării complementului. (D.B.)

Mantoux, complexul simptomatic; parakeratoza papilomatoasă *(parakératose*

Scanned with OKEN Scanner

papillomateuse); keratodermia plantară fisurată *(keratodermia plantaris sulcata)* Castellani; keratoza punctată *(kératose ponctuée).* Este o varietate a keratodermiilor ereditare congenitale. În epiteliul palmelor şi plantelor se găsesc zone mici, de dimensiunea unei gămălii de ac sau puţin mai mari, proeminente, cornificate, dure, cu depresiune în centru. După căderea stratului cornificat rămîn depresiuni cu pereţii cornificaţi. Unii autori consideră aceste simptome ca o parakeratoză a orificiilor canalelor excretoare ale glandelor sudoripare.

Bibl. — MANTOUX CH.: *Ann. Dermat. Syph.*, 1903, 4, 15. (D.B.)

Marchand (1939), boala; encefalita psihotică de etiologie necunoscută. Temperatură mare, confuzie psihică acută, azotemie progresivă, fără modificări renale şi neurologice. Evoluţie supraacută, în decurs de cîteva zile producîndu-se sfîrşitul fatal. (D.B.)

Marchand - Waterhouse - Friederichsen, sindromul; vezi Waterhouse-Friederichsen, sindromul. (D.B.)

Marchesani, complexul simptomatic; sindromul Weill-Marchesani; displazia mezodermală congenitală hiperplastică *(dystrophia mesodermalis congenita hyperplastica);* brahimorfie cu sferofakie *(brachymorphie avec sphérophakie);* descris în 1932 de Weill şi în 1959 de Marchesani. Se caracterizează prin: 1) brahimorfie — craniu lat *(brachycephalia),* talie mică, extremităţi scurte, brahidactilie, palme şi plante late, tendoane puternice în ligamente, limitarea mişcărilor în articulaţii, muşchi şi ţesut adipos bine dezvoltate, torace lat; sferofakia şi microfakia (de aci vizibilitatea ligamentului Zinn, iridodonesis şi miopia, ajungînd pînă la 50 dioptrii). Se mai observă foarte frecvent dislocarea cristalinului, destul de des miopie axială (independent de cea cristalină descrisă anterior), relativ rar glaucom. Complexul simptomatic este foarte rar; pînă în prezent s-au descris 20 de cazuri. Unii îl consideră drept una din formele bolii mezodermale, o altă formă a acesteia fiind boala Marfan (vezi acesta). Probabil că în apariţia acestei forme, rolul determinant îl au hormonii. Etiologie necunoscută.

Bibl. — JUSZKO K.: *Klinika Oczna,* 1957, 27, 47. (D.B.)

Marchiafava-Biggnami, sindromul; varietate a encefalitelor alcoolice. Debilitate mintală alcoolică prin demielinizarea (modificări necrotice) corpului calos, cu demenţă, astazie, abazie, caşexie şi hipertonie musculară *(hypertonia musculorum difusa).* (D.B.)

Marchiafava-Micheli, boala; hemoglobinuria nocturnă paroxistică *(paroxismal nocturnal hemoglobinuria).* Boală rară, care evoluează cu icter discret, anemie, splenomegalie, prezenţă constantă de hemosiderină în urină, iar în timpul crizelor hemolitice, şi de hemoglobină. Rezistenţa osmotică a hematiilor este în general normală; leucopenie neînsemnată. În criza hemolitică se observă agravarea stării generale, palpitaţii, mialgii, oboseală. Etiologie necunoscută. Prognostic nefavorabil.

Bibl. — *Rev. Hémat.,* 1948, 4, 577. (D.B.)

Marfan, boala; paraplegie spastică congenitală luetică *(paraplegia spastica heredo-syphilitica).* Se observă la copii în vîrstă de 4—12 ani. Constă în pareza spastică a extremităţilor inferioare, fără tulburări trofice, de sensibilitate şi ale funcţiei sfincterelor, dar cu tulburări oculare (keratită interstiţială, simptomul Argyll-Robertson, anizocorie), cu întîrziere în dezvoltarea intelectuală şi caracteropatie. Reacţiile serologice sînt pozitive. (D.B.)

Marfan, complexul simptomatic; Marfan-Achard, Marfan-Erb; degetele în formă de păianjen *(arachnodactylia);* distrofia mezodermală congenitală hipoplastică *(dystrophia mesodermalis congenita hypoplastica)* Wefe; dismezectopia Laval; hipercondroplazia; dolicostenomelia; dolicomorfia; acromacria Pfaundler. Descris în 1876 de Williams, în 1896 de Marfan şi în 1902 de Achard. Se caracterizează prin prezenţa de defecte de dezvoltare: 1) luxaţie bilaterală a cristalinului, asociată cu microsferofakie; uneori se observă şi alte defecte oculare, ca fisura cristalinului, coloboma irisului, fisura nervului optic, a petei galbene, absenţa irisului, mioză, microftalmie, hidroftalmie, cornee gigantă,

Scanned with OKEN Scanner

modificări ale fundului de ochi, retinopatie pigmentară; în plus, dezlipirea retinei, paralizia acomodării, resturi de membrană pupilară, acromatopsie, nistagmus, opacifierea cristalinului, sclere albastre, miopie accentuată sau presbitism, astigmatism, strabism şi, în primul rînd, scleroza coroidei şi cataractă congenitală; 2) alungirea şi subţierea oaselor, în special a celor lungi (dolicostenomelia), dolicocefalie; faţa este slabă şi prelungă, slăbire generală, extremităţi lungi (în special degetele — arahnodactilie), depăşind normalul cu 8—15 cm; 3) insuficienta dezvoltare a muşchilor, cu laxitatea sau contractura articulaţiilor; 4) absenţa aproape completă a ţesutului adipos; 5) tulburări trofice (înfundarea cutiei toracice, curburi ale coloanei vertebrale, omoplaţi în formă de aripi, picior plat, degete în baghete de toboşar); 6) malformaţii cardiace congenitale (gaura ovală deschisă); 7) deformaţii ale urechilor; 8) astenie, infantilism; 9) disrafii *(status dysraphicus)*, ca spina bifida (Passov-Dronin, 1939). Aceste modificări arată defecte de dezvoltare a mezenchimului (vezi şi Marchesani, complexul simptomatic). Defectele de dezvoltare enumerate nu se găsesc întotdeauna la unul şi acelaşi bolnav. Mortalitatea este mare. Etiologia necunoscută. Pînă în prezent sînt descrise 350 de cazuri.

Bibl. — LASKOVA A. C.: *Vestnik Oftalmologhii*, 1960, 73/6, 47; PIETROWA N., MALINOWSKA D.: *Klinika Oczna*, 1960, 30, 111. (D.B.)

Marie-Bovéri, boala; vezi Déjérine-Sottas, boala. (D.B.)

Marie-Foix, reflexul alungirii *(reflexe des allongeurs)*; în leziunile măduvei spinării care liberează automatismele spinocerebrale: extensia de apărare a extremităţii în articulaţiile tibio-tarsiană, a genunchiului şi coxo-femurală. (D.B.)

Marie-Foix, sindromul; sindromul lateral *(syndrome latéral)*; hemiplegia cerebeloasă datorită obstrucţiei lumenului arterei cerebeloase periferice scurte. Sindromul se observă rar în forma pură, mai frecvent se observă concomitent hemipareză, tulburări de sensibilitate a unei jumătăţi de corp, de tipul disociaţiei, şi mioclonii ritmice ale palatului moale. (D.B.)

Marie-Foix-Alajouanine, boala; atrofia cerebeloasă tardivă *(atrophie cérébéleuse tardive)*. Atrofia cortexului cerebelului (celulele Purkinje) şi gliomatoză secundară. Se observă la vîrsta de peste 50 de ani. Se manifestă prin tulburări de echilibru, nesiguranţă în mers, simptomul Romberg. Dezvoltare lentă a bolii (10—20 de ani). Aminteşte boala Parker-Kernohan — atrofia parenchimatoasă primară *(primary parenchymatous atrophy)* şi atrofia lamelară *(atrophie lamellaire)* André Thomas prin modificările anatomopatologice şi simptomatologie. (D.B.)

Marie-Guillain, simptomul; în siringomielie: deformaţia mîinii în formă de cleşte de homar, „mîna în pensă" *(main en pince)*, datorită atrofiei musculare. Constă în poziţia semiflectată a policelui şi indicelui, cu flexia palmară a restului degetelor. (D.B.)

Marie P., boala; eredoataxia cerebeloasă *(heredoataxia cerebellaris)*. Începe la vîrsta de 30 de ani, se dezvoltă lent. Constă în nesiguranţa mersului, oboseală rapidă, ataxia extremităţilor superioare şi leziunea diferiţilor nervi cranieni. Bolnavul se clatină, tîrăşte picioarele, merge pe vîrfuri (mers spastic, cerebelos), prezintă tulburări de vorbire. (D.B.)

Marie P., boala; vezi Bechterev, boala. (D.B.)

Marie P., planotopokinezia; aperceptivitate spaţială: nepriceperea planului oraşului, a drumului. Este rezultatul agnoziei spaţiale din complexul simptomatic al lobului occipital. (D.B.)

Marie P., simptomul; vezi Parkinson, boala. (D.B.)

Marie P., sindromul; sindromul Marie-Leri; sindromul von Recklinghausen; pahiacria; acromegalia. Marie l-a descris în 1886. Anterior a fost descris de Recklinghausen, în 1883, şi de Fritzsche şi Klebs, în 1884. Dacă boala se dezvoltă la subiecţi cu creşterea terminată, se manifestă prin mărirea mîinilor, picioarelor, nasului, buzelor, urechilor, mandibulei şi organelor interne (splanhnomegalia). Dacă debutul bolii are loc în perioada pubertăţii, pe lîngă simptomele enumerate mai sus există gigantism; în plus, osteoporoză cu deformaţia articulaţiilor şi coloanei vertebrale (cifoză), tulburări hormonale (impotenţă, atrofia testiculelor, ovarelor, caractere de

Scanned with OKEN Scanner

feminizare sau masculinizare), simptome de hipertensiune intracraniană (cefalee, apatie, papilă de stază, hemianopsie). În sînge: frecvent, hiperglicemie, hiperlipemie, hiperfosforemie cu normocalcemie. Cauza: secreţia excesivă de hormon de creştere de către celulele eozinofile ale lobului anterior al hipofizei, care, proliferînd, formează frecvent adenom. (D.B.)

Marie P., sindromul; starea lacunară *(status lacunaris, état lacunaire);* sindromul lacunar; starea sinusoidă; în arterioscleroza vaselor cerebrale (modificări aterosclerotice sau calcificarea mediei arterelor cerebrale). Se formează focare mici de ramoliţie, care lasă depresiuni mici, denumite sinusuri. Se localizează în special la nivelul circumvoluţiilor bazale. Clinic se manifestă prin stare akinetică-hipertonică (parkinsonism) şi simptome piramidale discrete.

Bibl. — MARIE PIERRE: Travaux et Mémoires, Paris, 1928. (D.B.)

Marie P.-Foix, simptomul (manipulaţia); în paralizia nervilor din perechea a VII-a Bell: compresiunea pe ramura ascendentă a mandibulei nu determină contracţie musculară de partea paraliziei. (D.B.)

Marinescu (1937), boala; formă ciclică de amiotrofie, care interesează toţi muşchii, exceptînd pe cei cervicali şi faciali, cu tulburări accentuate de sensibilitate, modificări osoase şi sindrom dureros la începutul bolii. Etiologie necunoscută. (D.B.)

Marinescu-Radovici (1920), reflexul palmo-mentonier; însoţeşte frecvent leziunile corticale şi subcorticale ale căilor piramidale. Are importanţă diagnostică mare în paralizia nervilor din perechea a VII-a (absenţa reflexului de partea bolnavă, cu menţinerea acestuia de partea sănătoasă şi prezenţa sa în leziunile supranucleare). Constă în contracţia muşchiului mentonier prin excitaţia feţei palmare a mîinii. (D.B.)

Marinescu-Sjögren, complexul simptomatic; descris de Marinescu, Drăgănescu şi Vasiliu în 1931 şi de Sjögren în 1947 şi 1950. Se caracterizează prin asocierea ataxiei cerebeloase cu deficit intelectual şi cataractă congenitală. Printre alte simptome oculare s-au descris strabism convergent alternant, epicantus bilateral, nistagmus pendular şi rotator intermitent, cataractă secundară. Din simptomele generale fac parte în primul rînd defectele scheletului (talie mică, curburi ale coloanei vertebrale, *genu valgum*, limitarea extensiei în articulaţia genunchiului, defecte digitale, întîrzierea dezvoltării somatice). Etiologie necunoscută.

Bibl. — FRANCESCHETTI A., MARTY F., KLEIN D.: *Confinia Neurol.*, 1956, 16, 271. (D.B.)

Marion, boala *(malum Marioni);* boala colului vezicii urinare *(disease of the neck of urine bladder, maladie du col de la vessie, malum colli vesicae urinariae);* scleroza colului vezicii urinare. Constă în stenoza colului, consecutiv căreia se dezvoltă retenţie urinară în vezică şi hidronefroză secundară. Se observă în special la fetiţe de 6—7 ani. Factorul etiologic este probabil tulburarea inervaţiei segmentului inferior al vezicii urinare.

Bibl. — CAMPBELL: *Pediatr. Urology*, 1948, 309. (D.B.)

Martin-Albright, sindromul; sindromul Albright; sindromul Albright-Bantam; pseudohipoparatiroidismul *(pseudohypoparathyreoidismus);* cretinismul hipoparatiroidian *(hypoparathyreoidischer Kretinismus);* hipocalcemie cronică constituţională *(konstitutionelle, chronische Hypokalzämie);* descris de Martin în 1940 şi de Albright în 1942. Aminteşte tetania, dar este datorit diminuării influenţei frenatoare a parathormonului asupra retroresorbţiei fosfaţilor din tubii renali, nu absenţei lui. Pe lîngă simptomele de tetanie, de intensitate diferită, se observă talie mică, obezitate, extremităţi scurte, tulburări de creştere, carii şi căderea dinţilor. În sînge: hipocalcemie, hiperfosforemie; proba Ellsworth-Howard este negativă: după injecţia de parathormon la sănătoşi şi la bolnavii cu tetanie creşte fosfaturia, pe cînd în acest sindrom, nu. Cauza poate să constea în tulburări hormonale sau în diminuarea congenitală a funcţiei tubulare; în favoarea ultimei eventualităţi pledează existenţa altor defecte de dezvoltare. (D.B.)

Martin du Magny, sindromul; descris în 1901. Catarul banal al laringelui şi bronhiilor, asociat cu guturai cronic, se

Scanned with OKEN Scanner

însoţeşte de matitate percutorie la nivelul vîrfurilor pulmonare, cu crepitaţii discrete sau raluri. Examenul radiologic arată diminuarea difuză a transparenţei cîmpilor pulmonari. Sindromul se observă mai des la soldaţi, pe front. (D.B.)

Martins-Hansemann, boala; vezi Thompson, boala. (D.B.)

Martland (1928), sindromul; sindromul „înghiţirii de lovituri" *(punch drunk)*; encefalopatia posttraumatică a boxerilor, în special de profesie. Simptome lent progresive de confuzie, de obicei cu caracter euforic, cu labilitate emoţională mare, ideaţie şi vorbire lente, tulburări ale memoriei. Consecutiv contuziilor cerebrale minore repetate apare tabloul clinic al paraliziei, al sclerozei diseminate, al unei tumori a lobului frontal sau parkinsonismul. Electroencefalograma este patologică, atipică, cu tulburări de ritm corespunzătoare procesului atrofic din cortexul cerebral.

Bibl. — MCDONALD CRITCHLEY: *Brit. med. Journ.*, 1957. (D.B.)

Martorelle, complexul simptomatic; ulcerul hipertonic; ulcerul gambei produs de obliterarea arteriolelor; descris în 1944. Se observă în special la femeile în vîrstă, cu hipertensiune arterială de lungă durată. Se localizează pe faţa anterolaterală a treimii inferioare a gambei, frecvent bilateral. Hipertensiunea se însoţeşte de modificări importante ale fundului de ochi. Rezistent la tratament. (D.B.)

Mas y Magro, hemoragie anhemopatică *(hémorrhagie anhémopathique)*; descrisă în 1926. Hemoragie nazală profuză, fără cauză decelabilă; rar hemoragie a altor mucoase. Etiologie necunoscută.

Bibl. — CHEVALIER, GOLDBERG: *Rev. Med.*, 1931, 2, 186. (D.B.)

Mathieux, boala; vezi Weil, boala. (D.B.)

Matthey-Marc (1840), boala; cleptomania (clopomania). Tendinţa la furt fără nevoie sau interes. În prezent este inclusă între sindroamele psihice care se observă cel mai des în isterie. (D.B.)

Matzdorff-Lhermitte, sindromul; sindromul nucleului Luys. Constă în hemicoree, hemibalism, hipotonie musculară, tulburări psihice sub forma excitaţiei psihomotorii, mai ales nocturne. (D.B.)

Matzenauer-Polland, complexul simptomatic; dermatita simetrică dismenoreică *(dermatitis symmetrica dysmenorroica)*; acneea necrotică *(acne necrotica)* Dreyer-Waelsch; urticaria gangrenoasă *(urticaria gangrenosa)* Besnier-Renault; urticaria papuloasă necrotică recidivantă *(papulosa necroticans recidivans)* Rogg; pemfigus isteric sau nevrotic *(pemphigus hystericus* sau *neuroticus)* Weidenfeld. Etiologia necunoscută. Apare la femeile tinere cu tulburări menstruale în perioada maturaţiei sexuale; se presupune prezenţa tulburărilor endocrine şi neurotrofice. Evoluţia este acută. Elementele erupţiei sînt dispuse simetric pe faţă şi mîini şi se dezvoltă în cîteva ore. Modificările eritemato-proliferative se însoţesc de necroza epidermului şi uneori şi a straturilor superioare ale tegumentelor. După cîteva zile survine vindecarea, rămînînd o hiperpigmentaţie.

Bibl. — BERNHARDT R.: Choroby skory, 1936. (D.B.)

Mauriac, sindromul; diabetul zaharat infantil *(diabetes mellitus infantilis)* Mauriac; descris în 1930. Sînt afectaţi copiii şi tinerii. Este un diabet grav, cu tendinţa la acidoză, dificil de compensat. Sînt inhibate creşterea şi maturarea sexuală, există osteoporoză, iar în ficat o cantitate mare de glicogen şi grăsime. Cauza este reprezentată, probabil, de tulburări hormonale complexe, cu participarea sistemului hipotalamic-hipofizar.

Bibl. — MAURIAC P.: *Sci. Méd. Bordeaux*, 1930, 51, 402. (D.B.)

Maxcy, boala; vezi Hone, boala. (D.B.)

Maydl, hernia *(hernia Maydli)*; încarcerarea retrogradă *(incarceratio retrograda)*. Este un tip de încarcerare a herniei abdominale externe, în care se produce aşa-numita „încarcerare retrogradă": în inelul herniar se încarcerează mezenterul intestinului care se găseşte nu în sacul herniar, ci în cavitatea abdominală. (D.B.)

Mayer (1916), reflexul policelui şi degetului al IV-lea al mîinii; reflex fiziologic, a cărui absenţă arată o leziune a căilor piramidale. Constă în asocierea adducţiei policelui — şi opoziţia cu flexie în articulaţia carpo-falangiană — cu extensia degetului al IV-lea în articulaţiile interfalangiene. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Mazini, simptomul; în întîrzierea dezvoltării psihice la copii: flexia dorsală accentuată a degetelor de la mîini şi picioare. (D.B.)

Mazurkiewicz, simptomul amintirilor de prisos: povestirile bolnavilor psihici, al căror conţinut îl reprezintă amintiri despre fapte care au existat în realitate, fără caracter de halucinaţii sau delir, dar nelegate de tema discuţiei dintr-un moment dat, nici de condiţiile înconjurătoare.

Bibl. — KRASOWSKA J.: *Rocz. Psych.*, 1949, 37, 186. (D.B.)

McDonough, nevoxantoendoteliomul *(naevoxanthoendothelioma);* xantogranulomul juvenil *(xanthogranuloma juvenile);* descris în 1912. În perioada neonatală, încă din primele zile de viaţă se observă o acumulare limitată de papule sau tuberculi galbeni-bruni cu nuanţă roşiatică, de obicei pe feţele de extensie ale extremităţilor. În unele cazuri se asociază simptome oculare sau modificări viscerale. Unii îl consideră forma abortivă a bolii Hand-Schüller-Christian. Nivelul sanguin al lipidelor nu este modificat. De obicei boala regresează spontan către vîrsta de 3 ani.

Bibl. — BLANK H., EGLICK P. G., BEERMAN H.: *Pediatrics*, 1949, 349. (D.B.)

Meige, boala; *trophoedema;* vezi Nonne-Meige-Milroy, boala. (D.B.)

Meigs, complexul simptomatic; complexul simptomatic Meigs-Cass sau Demons-Meigs. Constă în asocierea unei tumori ovariene cu prezenţa de exsudat în cavitatea abdominală şi pleurală. A fost descris de Meigs şi Demons în jurul anilor 1900—1903 şi de Meigs şi Cass în 1935. În complexul simptomatic sînt incluse dureri, mărirea abdomenului, prezenţa de lichid liber în cavitatea abdominală, fibrom sau altă tumoare ovariană, hidrotorax, în special drept, dispnee. Se observă predominant la femeile în vîrstă. După extirparea tumorii ovariene dispare şi exsudatul din cavităţile abdominală şi pleurală. Etiologia, ca şi legătura dintre tumoare şi exsudatul din cavităţile seroase sînt neclare. Apariţia exsudatului este un semnal de alarmă; el este datorat iritaţiei sau compresiunii căilor limfatice, tulburărilor circulatoare, stazei venoase etc. Anatomopatologic predomină fibroamele mari ale ovarelor; se observă şi tumori maligne.

Bibl. — MEIGS J. W., CASS J. W.: *Am. Journ. Obst. Gynec.*, 1937, 33, 249. (D.B.)

Melkersson (1928)-**Rosenthal** (1931); sindromul; asociaţia paraliziei prin răceală *(a frigore)* a unui nerv din perechea a VII-a cu infiltraţia cutaneo-mucoasă a buzei superioare sau a jumătăţii de faţă de partea paraliziei şi plisarea limbii — limba scrotală *(lingua scrotalis).*

Bibl. — MIEDZINSKI F.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1958, 4, 435. (D.B.)

Meltzer, simptomul; în apendicita cronică; vezi Iavorski I, simptomul. (D.B.)

Mendes da Costa, complexul simptomatic; epidermoliza buloasă forma maculoasă *(épidermolyse bulleuse, forme maculeuse);* descris în 1908. Pe un fond de acrocianoză apar bule, cu hiperpigmentaţie în focare sau difuză, hipotricoză; coexistă microcefalie, debilitate mintală. Moarte precoce. Se disting două forme: prima, cu bule la nivelul orificiilor naturale şi articulaţiilor mari, atrofia vîrfurilor degetelor şi epilepsie; a doua, cu evoluţie mai benignă, în care bulele se vindecă fără atrofii.

Bibl. — CAROL W,. KAOIJ: *Acta Derm. Vener.*, 1927, 18, 3, 265. (D.B.)

Mendes da Costa, complexul simptomatic; eritrokeratodermia variabilă *(erythrokeratodermia variabilis).* Etiologie necunoscută. Se observă aproape exclusiv la femei. Pe lîngă un eritem care îşi modifică aspectul de la oră la oră, dispărînd dintr-un loc şi apărînd în altul, cu ramificaţii în formă de pseudopode, se observă pete hiperkeratozice mai constante şi hiperkeratoza palmelor *(keratosis palmaris).*

Bibl. — MENDES DA COSTA: *Acta Derm. Vener.*, 1925, 6, 256. (D.B.)

Ménière, boala; hemoragia labirintului *(haemorrhagia labyrinthi);* descrisă în 1860—1861. Se caracterizează prin surditate care se instalează brusc, zgomot în urechi, greţuri şi vărsături, nistagmus spontan şi ameţeli, fără simptome prealabile de boală a urechii. Sînt afectate de obicei ambele ramuri ale perechii a VIII-a de nervi. Leziunea selectivă a melcului produce zgomot în urechi şi surditate în

Scanned with OKEN Scanner

percepţia zgomotelor, iar leziunea aparatului vestibular este cauza ameţelilor şi nistagmusului. Prognosticul în privinţa ameliorării auzului nu este favorabil, dar ameţelile dispar după cîteva săptămîni sau luni. Boala este rară; este produsă de hemoragiile intralabirintice, consecutive traumelor sau fracturilor craniene, dar se observă şi în febra tifoidă, leucemie, nefrite, diabet zaharat, anemia pernicioasă, arterioscleroză. Asemenea hemoragii se observă şi la scafandri, la lucrătorii în chesoane şi în crizele de asfixie de lungă durată.

Bibl. — MÉNIÈRE R.: *Gaz. Méd. Paris*, 1861, 16, 29. (D.B.)

Ménière, complexul simptomatic; sindromul vestibular *(syndroma vestibularis);* hidropizia labirintului *(hydrops labyrinthi);* hidropizia endolimfatică *(hydrops endolymphaticus);* vertijul labirintic auricular sau auditoriu; vertijul Ménière. Simptomele de bază sînt: ameţeală, zgomot, predominant de tonalitate înaltă, şi surditate, uneori simptome din partea sistemului nervos vegetativ, în special sub formă de greţuri şi vărsături. Simptomele apar periodic şi iniţial dispar complet sau diminuează în mod important. Treptat frecvenţa crizelor creşte, iar regresiunea simptomelor, mai ales a surdităţii şi zgomotului, devine mai incompletă, ducînd final la surditate şi la pierderea funcţiei aparatului vestibular de partea lezată. În timpul crizelor apare frecvent nistagmus orizontal sau orizontal-rotator (uneori vertical). Surditatea are caracterul percepţiei zgomotelor. Deseori se observă simptomul vorbirii compensatoare cu voce tare. Cauza sindromului Ménière sînt tulburările circulatorii acute la nivelul labirintului, care duc la diminuarea troficităţii celulelor senzitive şi la alterarea presiunii lichidului labirintic. Etiologia foarte variabilă: arterioscleroza, hipertensiunea arterială, alergia, tulburări circulatorii, hepatopatii, tulburări vegetative şi endocrine. Aceste simptome se observă şi în sindromul pseudo-Ménière şi în sindromul Lermoyez.

Bibl. — AUBRY M., PIALOUX: Maladies de l'oreille interne et otoneurologie, Paris, 1957. (D.B.)

Meulengracht, boala; icterul intermitent juvenil *(icterus intermitens juvenilis);* descris în 1939. Hiperbilirubinemie congenitală care apare periodic la tineri. Tegumentele şi sclerele sînt icterice. Oboseală şi stare generală alterată. Splenomegalie. Tabloul sanguin este normal, fără semne de hemoliză. Tulburări digestive, uneori probele funcţionale hepatice sînt pozitive.

Bibl. — MEULENGRACHT E.: *Quart. Journ. Med.*, 1947, 16, 83. (D.B.)

Meyer, simptomul; descris în 1910. Constă în dilatarea pupilelor prin compresiune pe tegumentele abdominale la nivelul punctului MacBurney. Se observă la bolnavii psihici.

Bibl. — MEYER: *Ztschr. Psych. Nervenkr.*, 1910, 66, 5. (D.B.)

Meyer-Gross (1928), simptomul: halucinaţiile sinestetice din bolile psihice, în care bolnavii văd oameni care se mişcă, le aud vocea, văd flori şi le simt parfumul. (D.B.)

Meyerson, reflexul; reflexul periostal controlateral *(controlateral periostal reflex);* reflex fiziologic. Contracţia bicepsului şi muşchiului marele pectoral, bilateral sau de partea opusă, produsă de percuţia în zona mijlocie a claviculei. (D.B.)

Meynet, boala; nebunia reumatică *(folie rhumatismale).* Complicaţia cerebrală din reumatismul poliarticular acut, care produce tulburări psihice acute, sub formă de halucinaţii, stări maniacale, stări anxioase-depresive. (D.B.)

Mibelli, boala; parakeratoza *(parakeratosis);* hiperkeratoza excentrică *(hyperkeratosis excentrica)* Respighi; hiperkeratoza figurată centrifugă atrofiantă *(hyperkératose figurée centrifuge atrophiante)* Respighi; descrisă în 1893. Etiologia şi patogenia necunoscute. Din papula primară cu ax cornos, prin creştere periferică, se formează o placă de dimensiuni şi forme diferite, în centrul căreia apare atrofie cutanată; marginile sale sînt înconjurate de un burelet cu jgheab şi de o placă cornoasă care iese din acesta. Localizarea cea mai frecventă este regiunea distală a extremităţilor. Se poate vindeca spontan.

Bibl. — MIBELLI: *Giorn. Ital.*, 1893, 313. (D.B.)

Mibelli, complexul simptomatic; angiokeratomul telangiectatic verucos Brocq; veruca telangiectatică Dubreuilh; descris

Scanned with OKEN Scanner

în 1889. Se localizează în special pe degetele mîinilor şi picioarelor, la bolnavii tineri cu cianoza extremităţilor. Evoluţia poate fi îndelungată; uneori dispare spontan. Tabloul histologic se compune din dilatarea chistică a capilarelor cutanate şi cornificarea excesivă a epidermului.

Bibl. — MIBELLI: *Gior. Ital.*, 1889, 601. (D.B.)

Michalowski, complexul simptomatic; heterotopia labială a glandelor salivare şi cheilita actinică a buzei inferioare *(heterotopia labialis glandulae salivariae et cheilitis actinica labii inferioris).* Se dezvoltă datorită îngroşării buzei inferioare prin heterotopia la acest nivel a glandelor salivare, ceea ce favorizează dezvoltarea cheilitei la persoanele cu sensibilitate crescută faţă de razele solare.

Bibl. — MICHALOWSKI R.: *Czas. Stom.*, 1955, 3, 104. (D.B.)

Michel, petele; cicatrice mici, care apar împreună cu zone de atrofie în stroma irisului. Se observă în tuberculoza miliară cronică a irisului.

Michelson, complexul simptomatic; fibroza nodulară subepidermică *(fibrosis nodularis subepidermalis),* fibromul simplu *(fibroma simplex)* Unna, nodulii cutanaţi *(noduli cutanei)* Arning-Lewandowsky, dermatofibromul lenticular *(dermatofibroma lenticulare)* Schreu *(fibrome en pastille Civatte),* histiocitomul *(hystiocytoma)* Woringer, hemangiomul sclerozant *(sclerosing haemangioma)* Gross-Wolbach. Este o reacţie fibroasă la traumatism şi inflamaţie. Denumirile variate sînt consecinţa punctelor de vedere diferite ale autorilor asupra provenienţei acestora (fibroblaşti, histiocite, celule endoteliale). Între structura histologică a diferiţilor noduli există mari deosebiri. De cele mai multe ori se constată intracutanat noduli solitari sau în număr mic, mobili, nedureroşi, fără tendinţă la malignizare. Se observă la vîrsta de 40—50 ani.

Bibl. — ORMSBY, MONTGOMERY: Diseases of the Skin, 1954. (D.B.)

Michelson, glosita superficială cronică, vezi Moeller, glosita. (D.B.)

Midleton, *myodystrophia congenita deformans;* vezi Sheldon, boala. (D.B.)

Miescher, boala; boala petelor albe *Weissfleckenkrankheit, white spot disease).* Descrisă în 1935. În prezent majoritatea autorilor (Montogomery) o încadrează în *morphea guttata* din scleromul microfocal. Constă în pete mici, albe, uşor deprimate, bine delimitate de ţesuturile înconjurătoare, fără tendinţă la confluare. Se localizează în regiunea superioară a trunchiului.

Bibl. — GONIN R.: *Dermatologica,* 1945, 91, 125. (D.B.)

Miescher, complexul simptomatic; descris în 1921. Constă în asocierea acantozei negricioase *(acanthosis nigricans),* cu diabetul zaharat; pielea de la nivelul vertexului răsucită *(cutis verticis gyrata),* hipertricoză, tulburări ale erupţiei dinţilor, dezvoltare generală şi intelectuală deficitară (infantilism, imbecilitate). Etiologia necunoscută.

Bibl. — MIESCHER: *Dermat. Ztschr.,* 1921, 32, 276. (D.B.)

Miescher, complexul simptomatic; necrobioza maculară *(necrobiosis maculosa);* de etiologie necunoscută. Reprezintă o formă particulară de modificări inflamatorii necrotice cu aspect de focare bine delimitate de culoare roşie-închisă cu nuanţă galben-castanie, uşor infiltrate la bază, deprimate în centru şi cu margini proeminente, descuamative. Leziunile sînt foarte asemănătoare cu granulomul inelar.

Bibl. — MIESCHER: *Dermatologica,* 1949, 98, 199. (D.B.)

Miescher, *elastoma intrapapillare perforans verruciforme,* vezi Lutz, complexul simptomatic. (D.B.)

Miescher, *erythrokeratodermia papillaris et reticularis,* vezi Gougerot-Carteaud, complexul simptomatic. (D.B.)

Miescher, granulomatoza discoidă cronică şi progresivă *(granulomatosis disciformis chronica et progressiva).* Descrisă în 1948. Modificările cutanate sînt asemănătoare celor din necroza grăsoasă *(necrobiosis lipoidica).* Unii autori consideră această boală o varietate specială a tuberculozei cutanate, fără necroză consecutivă trombozei, dar cu modificări în vasele tegumentelor (prezenţa celulelor gigante şi epitelioide). În prezent se cunosc cazuri în care nu s-a evidenţiat nici o legătură cu tuberculoza. Evoluţia este cronică, starea generală bună.

Bibl. — BRUNER E., CZARKOWSKI J., FABIANSKA L.: *Przegl. Derm. Wener.,* 1954, 6, 455. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Miescher, inflamaţia parenchimatoasă granulomatoasă a buzelor *(macrocheilitis granulomatosa)*. Descrisă în 1945. În prezent este considerată ca o varietate a sarcoidozei Besnier-Boeck-Schaumann fără tulburări sistemice. Una sau ambele buze sînt mărite, îngroşate, infiltrate, tablou foarte asemănător elefantiazisului. Reacţiile la tuberculină sînt negative, rar — slab pozitive.

Bibl.: GRZYBOWSKI M., JABLONSKA S.: *Ann. Dermat. Syph.*, 1949, 8, 389. (D.B.)

Miescher, *naevus hyperaemicus*, vezi Virchow, *naevus teleangiectodes*. (D.B.)

Miescher-Staeheli, complexul simptomatic; keratodermia figurată variabilă *(keratodermia figurata variabilis)*. Descris în 1949. Etiologie necunoscută. Este ereditară şi familială. Plăcile eritematoase se descuamează, se întind la periferie, au marginile festonate. Caracteristica este modificarea localizării — dispariţia unor focare şi apariţia altora în locuri noi.

Bibl. — MIESCHER, STAEHELI: *Dermatologica*, 1949, 98, 215. (D.B.)

Miescher-Stork, complexul simptomatic; microbismul leucocitoclastic *(leukocytoklastische Mikrobie)*. Descris în 1951. Etiologia probabil bacterio-toxico-alergică (infecţie de focar). Pe piele şi pe mucoase apar periodic echimoze şi concomitent elemente eritematoase şi papuloase. Histologic se decelează prezenţa în arteriolele, venulele şi capilarele reţelei vasculare cutanate superficiale, a unor conglomerate de leucocite şi resturi ale acestora la nivelul pereţilor acestor vase, precum şi modificări degenerative în ţesutul conjunctiv înconjurător.

Bibl. — STORK H.: *Dermatologica*, 1951, 102, 197. (D.B.)

Mikulicz, complexul simptomatic, descris în 1888. Se caracterizează prin edemul glandelor lacrimale, periauriculare şi submaxilare. În unele cazuri este produs de o tuberculoză cu evoluţie benignă, dar mai frecvent de bolile sistemului limfatic (leucemie, pseudoleucemie).

Bibl. — MIKULICZ J.: *Berlin. Klin. Wschr.*, 1888, 25, 759. (D.B.)

Mikulicz, complexul simptomatic; vezi Besnier-Boeck-Schaumann. (D.B.)

Mikulicz-Calmann, simptomul dezlipirii placentei în perioada a III-a a naşterii. Constă în senzaţia de coborîre şi de compresiune pe muşchii drepţi, pe care o încearcă femeia care naşte.

Bibl. — KOLLER T.: Lehrbuch der Geburtshilfe, Basel, 1948. (D.B.)

Mikulicz-Gougerot-Sjögren, complexul simptomatic; vezi Sjögren, complexul simptomatic. (D.B.)

Milian, atrofia albă *(atrophie blanche)* a tegumentelor; descrisă în 1929. Este o atrofie primară, fără ulceraţie prealabilă. Este produsă de capilarita obliterantă cronică *(capillaritis chronica)*. Mai des se observă pe fondul ectaziei varicoase a venelor. În treimea inferioară a gambei se găsesc pete mici, albe, uşor deprimate, cu margini dinţate, înconjurate de o zonă de hiperpigmentaţie şi de capilare ectaziate. Milian consideră atrofia albă cutanată ca fiind de etiologie luetică.

Bibl. — SCHUPPEINER H.: *Arch. Exp. Derm.*, 1957, 204, 5, 500. (D.B.)

Milkmann, complexul simptomatic; complexul simptomatic Looser-Milkmann; sindromul Looser-Debrey-Milkmann; osteoza dureroasă cu pseudofractură *(osteose douloureuse avec pseudofracture)*; sindromul Milkmann; fracturi multiple spontane idiopatice simetrice *(multiple, spontane, idiopathische symmetrische Frakturen)*; fractura epuizării *(Ermüdungsfraktur)*; leziunea suprasolicitării *(Überlastungsschaden)*; descris în 1934. Constă în multiple zone simetrice, dispuse perpendicular, de remaniere la nivelul diferitelor oase, care, clinic, produc dureri cu caracter reumatismal, dificultăţi în mers (mers nesigur, „mers de raţă"). Aceste simptome se însoţesc de tulburări ale metabolismului mineral. Pe radiografii: zone perpendiculare delimitate de decalcifiere, atît în oasele lungi, cît şi în cele scurte. Există tendinţa de fracturi spontane, cu dificultate de refacere. Cel mai frecvent sînt afectate pubisul, femurul, tibia, radiusul, cubitusul, coastele şi clavicula. Cauza: tulburarea metabolismului mineral, de etiologie necunoscută.

Bibl. SZNAIDER W.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1952, 7, 42, 1 325. (D.B.)

Millard-Gubler, sindromul; hemiplegia facială alternantă *(hemiplegia facialis alternas)*, cu participarea nervilor din pe-

Scanned with OKEN Scanner

rechea a VII-a. Constă în hemiplegie spastică de partea opusă focarului de la nivelul punţii şi paralizia nervului din perechea a VII-a de tip periferic, cu atrofie şi reacţie degenerativă a muşchilor de partea focarului.

Bibl. — MILLARD: *Bull. Soc. An.*, 1955; GUBLER: *Gazette hebdom. med. chir.*, 1896. (D.B.)

Miller-Taussig, complexul simptomatic; cheilita toxică *(cheilitis venenata);* cheilita rujului *(chéilite de rouge);* dermatita rujului de buze *(lipstick dermatitis);* descris în 1925. Constă în apariţia de modificări inflamatorii acute la nivelul buzelor, cu senzaţia de arsură, prurit, la cîteva ore după ce buzele au fost unse cu ruj de buze. Cauza cea mai frecventă sînt coloranţii hidrosolubili (eozină, rodamină V, tolusafranin), mai rar cei liposolubili (carminul, carminul Ponceau etc.).

Bibl. — SAWICKI E.: *Przegl. Dermat.*, 1931, 26, 10. (D.B.)

Milles (de) (1884), simptomul; vezi Sturge-Weber, sindromul. (D.B.)

Millikan-Siekert (1955), sindromul. Insuficienţa vasculară a sistemului arterial de la baza creierului, care se caracterizează prin episoade periodice de simptome neurologice tranzitorii, sugestive de leziune a trunchiului cerebral (vertij, diplopie, tulburări ale senzoriului). Factorii predispozanţi sînt hipertensiunea arterială, insuficienţa cardiacă. (D.B.)

Mills, sindromul; hemiplegia cerebrospinală lent progresivă, cu simptome piramidale deficitare unilaterale.

Bibl. — MILLS: *J.A.M.A.*, 1906, 4, 1 638. (D.B.)

Mills, sindromul obstrucţiei arterei cerebeloase superioare: tulburări cerebeloase concomitente cu tulburări disociate de sensibilitate la nivelul trunchiului şi extremităţilor de partea opusă, uneori cu mişcări coreice ale extremităţii superioare. Dispariţia sensibilităţii dureroase şi termice este consecinţa leziunii tractului spino-talamic. (D.B.)

Milroy-Meige, boala; trofedemul gambier ereditar *(trophoedema crurum hereditarium);* distrofia edematoasă ereditară *(dystrophie oedémateuse héréditaire)* Meige; descrisă în 1882 şi 1899. Constă în edem dur, alb, nedureros al gambelor, care se menţine cîţiva ani; apare la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii, în mai multe generaţii. Etiologia necunoscută; se presupune o tulburare congenitală a centrilor trofici ai măduvei spinării, care reglează creşterea ţesuturilor şi secreţia limfei.

Bibl. — ROSENBERG W. A.: *Arch. Derm. Syph.*, 1940, 42, 1 113. (D.B.)

Milton, herpesul gestaţiei *(herpes gestationis);* vezi Dühring-Brocq, boala. (D.B.)

Mingazzini, simptomul; la nivelul extremităţilor superioare, datorit leziunii căilor piramidale. Cînd bolnavul întinde înainte membrele superioare, cu ochii închişi, extremitatea paretică cade. (D.B.)

Mingazzini-Barré, simptomul; la nivelul membrelor inferioare, în leziunea căilor piramidale. Cînd bolnavul, în decubit ventral, flectează gambele în unghi drept, extremitatea paretică cade. (D.B.)

Minkowski E. (1945), sindromul; „anestezia emoţională". Apare după o suferinţă morală şi fizică de lungă durată, care duce la distrugerea personalităţii. Sindromul a fost observat în lagărele de concentrare; a produs la cei închişi o diminuare importantă a simţului social şi moral, neîncredere anxioasă, predominanţa reacţiilor primitive, impulsive, instinctuale.

Bibl. — *Annal. med. psych.*, 1945, 1, 80. (D.B.)

Minkowski M. (1904), boala; hemicoreea posthemiplegică *(hemichorea posthemiplegica);* în scleroza vaselor cerebrale. Mişcări coreiforme unilaterale, care se observă după acţiunea unei noxe. (D.B.)

Minor, simptomul; în nevralgia nervului sciatic; în trecerea din poziţia de decubit în poziţia şezînd, bolnavul se întoarce pe partea sănătoasă, se sprijină cu mîinile înapoi, îşi balansează extremitatea inferioară bolnavă peste cea sănătoasă. (D.B.)

Mirchamp, simptomul — din parotidita epidemică; constă în secreţia reflexă dureroasă a salivei din glanda salivară lezată, în urma acţiunii asupra limbii a unui excitant gustativ. (D.B.)

Mitchell, sindromul —, sindromul Weir-Mitchell, sindromul sau boala Gerhardt, eritromelalgia — nevroza vasomotorie lo-

Scanned with OKEN Scanner

cală. Descris în 1878. Dureri în formă de crize, acute, intense, de obicei nocturne, ale extremităţilor inferioare, hiperemie şi edem al ţesuturilor moi; segmentul lezat este mai cald, acoperit de transpiraţie, cu hiperestezie. Apar apoi modificări cutanate: eroziuni, melanoză, indurație, leziuni ale unghiilor, părului şi chiar oaselor. Boala este rară, se observă cu predilecţie la bărbaţii tineri. Este produsă de dilatarea vaselor sanguine datorită leziunii nervilor vasoconstrictori şi excitaţiei nervilor vasodilatatori. Prognosticul *quoad sanationem—dubios.*

Bibl. — MITCHELL S. W.: *Am. Journ. Med. Sci.*, 1878, 76, 17. (D.B.)

Mizuo-Nakamura, simptomul; descris în 1914. Constă în modificarea nuanţei retinei (aproape pînă la normal) la ochiul care a stat în întuneric, cu menţinerea nuanţei patologice (cenuşie-gălbuie-roză) la ochiul luminat. Se produce prin luminarea unui ochi şi închiderea celuilalt timp de un ceas (mai bine 2—3). Se observă în boala Oguchi.

Bibl. — FRANÇOIS J., VERRIEST G., DE ROUCK A.: *Ophthalmologica,* 1956, 131, 1. (D.B.)

Moebius, boala; caracterizată prin ptoză palpebrală şi migrenă periodică destul de intensă, asociată cu vărsături şi greţuri. Etiologie necunoscută.

Bibl. — MIRATYNSKA-RUSINOWA E.: *Klinika Oczna,* 1959. (D.B.)

Moebius (1892), complexul simptomatic; absenţa congenitală bilaterală a abductorului ocular, cu diplegie facială *(congenital bilateral absence of ocular abductor with facial diplegia);* parezele oculofaciale congenitale *(kongenitale okulofaziale Paresen).* Constă în limitarea mişcării laterale a unuia sau ambilor globi oculari (nervii perechii a VI-a), asociată cu pareza nervului facial. În cazurile tipice se observă paralizia completă a nervului facial cu absenţa simptomului Bell, în încercarea de a închide ochii. Lipsesc complet mişcările laterale ale globilor oculari (pot interesa de asemenea muşchii inervaţi de nervul oculomotor). Convergenţa este dificilă; uneori strabism convergent. Mai există pareza nervului sublingual, alte defecte de dezvoltare ca polidactilia etc. Frecvent tulburări intelectuale. Examenele electromiografice au arătat că sindromul este o asociaţie de tulburări centrale supranucleare şi periferice ale inervaţiei, spre diferenţă de leziunea nucleilor nervoşi din complexul simptomatic Craefe. Etiologie necunoscută.

Bibl. — PAPST W., ESSLEN E.: *Klin. Monatsbl. Augenhk.,* 1960, 137, 401. (D.B.)

Moebius, simptomul; descris în 1891. În mişcarea bruscă a degetului, din partea laterală spre cea mediană, globul ocular nu reuşeşte să urmeze mişcările degetului şi apare strabism tranzitoriu (tulburarea convergenţei consecutivă insuficienţei muşchilor drepţi interni ai ochiului). Se observă în boala Basedow.

Bibl. — MOEBIUS: *Dtsch. Ztschr. Nervenkh.,* 1891, 1, 400. (D.B.)

Moeller, glosita; glosita superficială cronică *(glossitis superficial chronica)* Michelson; glosita Hunter; glosodinia exfoliativă *(glossodynia exfoliativa);* papilita lingual cronică *(chronic lingual papillitis) (slick tongue);* descrisă în 1851. Apare pe fondul anemiei pernicioase, helmintiazei *(taenia botriocephalus latus),* dismenoreei. Concomitent cu arsurile şi durerile linguale apar, la nivelul acesteia, pete roşii-vii, bine delimitate, fără semne inflamatorii, de dimensiunea unui bob de linte sau unei monede mici, uneori dispuse în formă de U sau V, cu baza îndreptată spre baza limbii. La nivelul petelor, papilele sînt uşor proeminente, roşii, dureroase la atingere. Cînd limba este scoasă din gură, petele pălesc, ceea ce reprezintă un semn diagnostic important. Modificările au caracter permanent.

Bibl. — SCHÄFER E.: *Arch. Derm. Syph.,* 1924, 147, 201. (D.B.)

Moeller-Boeck, boala; vezi Besnier-Boeck-Schaumann, boala. (D.B.)

Moenckeberg, sindromul; descris în 1903 în arterioscleroză. Infiltraţia intimei arterelor medii, aproape exclusiv ale extremităţilor (foarte rar artera temporală şi excepţional de rar arterele uterină şi ovariană), produce senzaţia de furnicături, rigiditate, răceală, amorţeli sau durere la nivelul extremităţilor. Se observă la su-

Scanned with OKEN Scanner

biecţii în vîrstă de peste 50 de ani, dar uneori şi la mai tineri.

Bibl. — TOCHOWICZ L.: *Postepy Kardiologii*, 1953, 2, 59. (D.B.)

Mollaret, boala; meningita limfocitară benignă, vezi Armstrong, boala. (D.B.)

Mollaret, boala; vezi Debré, boala. (D.B.)

Monakow (1914), simptomul; suprimarea bruscă a funcţiei nervoase *(sudden discover of nervous function)* Adams (1954), *(étonnement cérebral)*, dezorganizarea funcţiei motorii după Foster (1936), inhibiţie excesivă Pavlov, fenomenul de diaschizis. Se observă în leziunile sistemului nervos central. În perioada iniţială a bolii defectele funcţionale ale sistemului nervos depăşesc leziunile anatomice. (D.B.)

Mondino (1907), reflexul trigemino-facial, vezi Wartenberg, reflexul. (D.B.)

Mondonesi, reflexul mimico-bulbar; în coma din accidentele vasculare cerebrale compresiunea pe globii oculari produce contracţia muşchilor feţei de partea opusă focarului patologic; în coma toxică, contracţia este bilaterală. (D.B.)

Mondor, boala; flebita obliterantă toraco-epigastrică *(phlebitis obliterans thoracoepigastrica)*, tromboflebita şi periflebita regiunii toracice, inflamaţia subacută a venelor feţei antero-laterale a toracelui. Descrisă în 1939. Durere şi senzaţie de arsuri, mai rar hiperemie şi hipertermie cutanată de partea bolnavă a cutiei toracice. La palpare se decelează, iar uneori se şi vede, un cordon care merge vertical de la mamelon la rebordul costal, dur, dureros, tegumentele supraiacente nemodificate. În sînge: hiperleucocitoză, monocitoză, uneori eozinofilie. Etiologia neelucidată. În apariţia bolii joacă rol traumatismele cutiei toracice. Se observă la adulţi, mai des la femei. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — RUDOWSKI W., MALULSKA J.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1956, 8, 362. (D.B.)

Moniz (1916), reflexul; poziţia în extensie a halucelui în urma flexiunii bruşte a piciorului; vezi Babinski, reflexul. (D.B.)

Monrad-Krohn (1925), reflexul de apărare: contracţia retracţională lentă a muşchilor abdominali, de obicei bilaterală, prin percuţia tegumentelor abdomenului. (D.B.)

Monrad-Krohn, simptomul; în paraliziile faciale, dependente de leziunea căilor piramidale. Este o tulburare funcţională a perechii a VII-a de nervi (tip piramidal), care constă în faptul că bolnavul execută diverse mişcări ale feţei mai deficitar la comandă decît în mod spontan.

Bibl. — WLODARCZYK S.: *Neurol. Pol.*, 1950, 24, 4. (D.B.)

Monteggi (di), fractura; fractura cu dislocare Monteggi *(Monteggi's fracture-dislocation)*; descrisă în 1914. Este fractura cubitusului, de obicei în treimea superioară, cu dislocarea concomitentă a capului cubitusului, datorită unei lovituri directe puternice pe osul cubital în cazul încercării de a apăra cu antebraţul capul de o lovitură cu bastonul. (D.B.)

Montemezzo, simptomul; vezi Jendrassik, simptomul. (D.B.)

Montgomery-O'Leary, complexul simptomatic; ganglioneuromul *(ganglioneuroma)*; granulomul gigantocelular *(granuloma gigantocellulare)*; reticulo-histiocitomul *(reticulo-histiocytoma)*; descris în 1934. Apar noduli solitari sau multipli, de culoare galbenă, bine delimitaţi, de consistenţă elastică. Diagnosticul se stabileşte exclusiv histologic.

Bibl. — DEGOS R., DELORT J., CIVATTE J., BAPTISTA A.: *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1957, 64, 260. (D.B.)

Mooren, ulcerul corneei; ulcerul fagedenic; ulcerul penetrant *(ulcus rodens)*; ulcerul serpiginos cronic *(chronic serpiginous ulcer)*; descris în 1867. Iniţial apar 1—2 pete în apropierea limbului, care se întind treptat la suprafaţă, apoi lezează straturi mai profunde. Progresează lent. Există discordanţă între durerile intense, fotofobia marcată şi gradul leziunii corneei. În perioada acutizării se extind către centrul corneei, ocupînd zonele cele mai îndepărtate de ţesutul sănătos, în timp ce regiunile afectate anterior se cicatrizează. Caracteristică este necroza tisulară ca rezultat al infiltraţiei pericelulare a membranei Bowman şi a zonelor superficiale ale stratului propriu. Se observă de obicei la vîrsta înaintată, mai des la bărbaţi, la ambii ochi în 25% din cazuri. Originea

Scanned with OKEN Scanner

bacteriană, susţinută pînă în prezent, nu a fost confirmată experimental.

Bibl. — CZEREK-JAGUCZANSKA H.: *Klinika Oczna*, 1959, 29, 385. (D.B.)

Morax-Axenfeld, conjunctivita angulară *(conjunctivitis angularis);* blefaro-conjunctivita diplobacilară *(diplobacillary blepharo-conjunctivitis);* descrisă în 1896. Este o conjunctivită infecţioasă cronică. În forma completă tipică se observă exclusiv la locuitorii satelor. În afara hiperemiei moderate a conjunctivei, cu secreţie redusă, vîscoasă, produce modificări foarte caracteristice cutanate la marginea pleoapelor, în special la unghiurile fantei oculare *(blepharitis angularis).* Pielea hiperemiată este acoperită de abundentă secreţie cenuşie. Uneori aceleaşi modificări cutanate se observă şi la comisurile bucale şi în nări. Boala are o evoluţie foarte tenace. Este produsă de diplobacilul Morax-Axenfeld, un bacil gram-negativ, destul de grosolan, cu capetele rotunjite. (D.B.)

Morel (1939), boala; scleroza corticală lamelară *(sclerosis corticalis lamellaris);* encefalopatia alcoolică *(encephalopathia alcoholica Moreli).* Simptomatologic se prezintă ca o pseudoparalizie progresivă, cu rigiditate, tulburări de echilibru şi apraxie. Histologic se decelează focare de spongioză şi glioză în stratul al 3-lea al scoarţei, dispuse simetric, exclusiv în lobii frontali. (D.B.)

Morgagni, cataracta supramatură; descrisă în 1764. Se dezvoltă consecutiv modificărilor progresive ale cataractei mature senile neoperate. Datorită distrugerii fibrelor dispare complet desenul cristalinian, iar ca rezultat al proliferării neuniforme a epiteliului apar pete albe circumscrise, sub capsula anterioară a cristalinului. Cristalinul începe să se cuteze, prezentînd semne de distrugere completă a scoarţei opace, care devine lăptoasă; în această masă pluteşte un nucleu dur, uşor brun. De aceea, cînd bolnavul este în ortostatism, nucleul cade pe faţa posterioară a cristalinului şi pupila devine uniform albă; nucleul se vede din jos, dacă bolnavul este în decubit. Etiologia necunoscută. Unii presupun că ar fi un fenomen fiziologic (unul din stadiile de dezvoltare a cataractei senile). Constă în flocularea prematură a celulelor cristalinului, deşi sînt cunoscute şi cazuri de cataractă Morgagni congenitală (în total 7 pînă în prezent). (D.B.)

Morgagni, sindromul; trilogia Fallot *(Fallot'trilogie);* boala albastră *(morbus coeruleus);* cianopatia *(cyanopathia);* triada Fallot. Defect congenital complex al cordului, constînd din stenoza arterei pulmonare, asociată cu defect sepatal interatrial. Clinic se constată: cianoză intensă, dispnee, hipertrofia gingiilor şi papilelor linguale, degete în baghetă de toboşar, deseori nevoia de a menţine poziţie genu-pectorală; suflu sistolic în spaţiul al IV-lea intercostal parasternal, cu iradiere transversală; zgomotul al II-lea la pulmonară slab. În sînge, hemoglobina şi numărul eritrocitelor sînt crescute. Diagnosticul este ajutat de cateterismul cardiac şi angiocardiografie (vezi şi boala Fallot). (D.B.)

Morgagni-Adams-Stokes, sindromul (boala); sindromul Spens *(Spens'syndrome);* criza Adams-Stokes *(Adams-Stokes'attack);* pulsul lent *(pouls lent);* descris la sfîrşitul secolului al XVIII-lea de G. B. Morgagni şi în secolul al XIX-lea, de R. Adams şi V. Stokes. Este consecinţa tulburării condiţiilor hemodinamice ca rezultat al întreruperii de scurtă durată a activităţii eficiente a ventriculilor. Crize de pierdere bruscă a senzoriului, uneori cu convulsii epileptice, încetinirea activităţii ventriculare sau, mai rar, tahicardie marcată. În timpul crizei bolnavul este obnubilat, palid-cianotic, cu midriază, respiraţie de tip Cheyne-Stokes, uneori convulsii, vărsături, emisiuni involuntare de urină şi materii fecale. Pulsul este foarte lent, uneori lipseşte complet. Criza durează de obicei cîteva minute. Frecvenţa apariţiei crizelor este variabilă. Între crize zgomotele cardiace sînt asurzite, uneori ca un ecou. În timpul atacului electrocardiograma arată fibrilaţii ventriculare, aritmie, bloc atrio-ventricular, inhibiţie sinusală. În apariţia sindromului joacă rol, cel mai frecvent, tulburări ale sistemului conductor al inimii, mai rar distonia sistemului vegetativ, cu hipertonia parasim-

Scanned with OKEN Scanner

paticului. Prognosticul depinde de cauza declanşatoare.

Bibl. — CZAPLICKI A.: *Wiad. Lek.*, 1954, 9, 473. (D.B.)

Morgagni-Laënnec, ciroza ficatului; vezi Laënnec, ciroza hepatică. (D.B.)

Morgagni-Stewart-Morel, sindromul; sindromul Morel; sindromul Stewart-Morel; sindromul Stewart-Grieg-Morel; boala Morgagni; sindromul Achard-Thiers; îngroşarea osului frontal; hiperostoza frontală internă *(hyperostosis frontalis interna)*; craniopatia neuroendocrină *(craniopathia neuroendocrinica)*. A fost descris de Morgagni în 1761, de Achard şi Thiers în 1921, de Stewart în 1928 şi de Morel în 1930. Constă în îngroşarea osului frontal de partea internă, asociată cu obezitate, hipertonie, virilism, diabet, probabil în legătură cu tulburările hormonale ale hipofizei şi mezencefalului. Afectează femeile în perioada postclimacterică, foarte rar bărbaţii. Datorită îngroşării osului frontal se observă cefalee, diminuarea vederii, a memoriei, modificări psihice, astenie. Examenul radiologic arată îngroşarea feţei interne a osului frontal, deseori inflamaţia sinusurilor nazale suplimentare. Există şi forme latente.

Bibl. — ISLER P., HEDINGER C.: *Schweiz. med. Wschr.*, 1953, 83, 4. (D.B.)

Morguie, complexul simptomatic; vezi Silverscheld, complexul simptomatic. (D.B.)

Moro, reflexul închiderii ochilor; se pune în evidenţă la copiii mici şi nounăscuţi prin percuţie pe frunte sau la baza nasului. Este un reflex de apărare, fiziologic (vezi Wartenberg, reflexul). (D.B.)

Moro, reflexul; reflexul de îmbrăţişare *(Umklammerungsreflex)*; reflex fiziologic la vîrsta de sugar. Prin lovirea puternică şi bruscă a patului, prin suflare pe faţa sugarului sau printr-o lovitură pe cutia toracică, apar: 1) extensia corpului cu hiperextensia capului, abducţia şi extensia braţelor, antebraţelor şi mîinilor, cu răsfirarea degetelor, şi extensia extremităţilor inferioare; 2) flexia antebraţelor şi mîinilor şi aducerea lentă a braţelor spre cutia toracică, cu flexia extremităţilor inferioare. Reflexul este strict simetric şi dispare la vîrsta de 4 luni. Prezenţa lui la o vîrstă mai mare arată întîrziere în dezvoltarea sugarului.

Bibl. — MAJEWSKA Z.: *Neurol. Pol.*, 1949, XXIII, 1, 21. (D.B.)

Morquio, simptomul; în boala Heine-Medin (poliomielita): bolnavul se poate aşeza numai după flexia pasivă a extremităţilor inferioare. (D.B.)

Morrow-Brooke, complexul simptomatic; keratoza foliculară contagioasă *(keratosis follicularis contagiosa)*; acneea cornoasă *(acne cornea)* Cazenawe. Boala apare probabil ca rezultat al hipovitaminozei A. Constă în keratoza palmelor şi plantelor. Apar formaţiuni negre, mici, care amintesc comedoanele; acestea pot creşte şi lua aspectul unor inele de culoare închisă sau neagră sau al unor elemente cornoase. Se localizează cel mai frecvent pe extremităţi, fese şi faţa dorsală a toracelui. (D.B.)

Morton, degetul; metatarsalgia anterioară *(metatarsalgia anterior)*; piciorul Morton *(Morton's foot)*; afecţiunea Morton a piciorului *(Morton's affection of the foot)*; nevralgia metatarsiană *(metatarsal neuralgy)*; nevralgia Morton *(Mortonsche Neuralgia)*; periostita de marş *(Marschperiostitis)*. Descris în 1876. Apar brusc dureri intense, unilaterale, în regiunea capului metatarsianului al IV-lea şi, uneori, al III-lea. Aceste dureri apar după un efort important al piciorului, marş energic sau dans, dar pot să survină şi în repaus. Se observă în special la femei. Cauza constă în îngroşarea locală a ramurii nervului plantar, ca rezultat al unui traumatism repetat.

Bibl. — SHANDS A. R.: *Orth. Surg.*, 1948, 420. (D.B.)

Morvan, sindromul; formă clinică a siringomieliei, care începe cu o perioadă de nevralgii, apoi cu pareze cu tulburări de sensibilitate; perioada ultimă este cea a panariţiilor multiple nedureroase, care duc la gangrena falangelor, mutilare, ulceraţii penetrante ale mîinilor, modificări articulare, uneori şi rigiditatea coloanei vertebrale. (D.B.)

Morvan, sindromul; panariţiul analgezic *(panaris analgesica)*. Modificări trofice nedureroase, cu tulburări ale sensibilităţii

Scanned with OKEN Scanner

superficiale. Se observă în siringomielie şi lepră. (D.B.)

Moschowitz, boala; complexul simptomatic Moschowitz-Singer; purpura trombopenică trombotică *(thrombotic thrombocytopenic purpura);* descrisă în 1925. Etiologia necunoscută (bacteriană-alergică, toxică, virotică). Procesul patologic cuprinde arteriolele şi capilarele, sub endoteliul cărora se acumulează, în focare, substanţă hialină, acidofilă. Clinic se manifestă prin astenie, inapetenţă, mialgii şi artralgii, creşterea temperaturii şi, concomitent, apar erupţie hemoragică cutanată, epistaxis, gingivoragii, hemoragii la nivelul tractului gastrointestinal. Se dezvoltă trombopenie, timpul de sîngerare este alungit, timpul de coagulare şi timpul de protrombină sînt normale. Apar anemie normocromă, tulburări din partea sistemului nervos central şi periferic (parestezii, cefalee, convulsii clonice, tulburări psihice). Evoluţia este acută sau subacută; prognosticul nefavorabil; survine de obicei moartea, după 6 luni de la debutul bolii.

Bibl. — TALBOTT J. H., FERRANDES R.: Collagen diseases. New York, 1956. (D.B.)

Moskovski, simptomul; constă în dilatarea pupilei ochiului drept. Se observă uneori în bolile cavităţii abdominale, ca apendicită acută, colecistită, colită. (D.B.)

Mosse, boala; varietate a bolii Osler-Vaquez, de care se diferenţiază prin apariţia icterului, urobilinuriei şi cirozei hepatice.

Bibl. — MOSSE M.: *Dtsch. med. Wschr.,* 1907, 33, 2 175. (D.B.)

Mouchet, boala; vezi Preiser, boala. (D.B.)

Moulonguet, boala; artrita fibrinoasă *(arthritis fibrinosa);* descrisă în 1947. Se organizează un exsudat în articulaţia genunchiului, ducînd la imobilitatea completă a articulaţiei. Etiologie necunoscută.

Bibl. — MOULONGUET: *Sem. Hôp. Paris,* 1947, 5, 1 323. (D.B.)

Moure, simptomul crepitaţiei: dacă cartilajul tiroidian este prins între police şi indice, comprimat pe coloana vertebrală şi mobilizat lateral, se palpează o crepitaţie caracteristică (în condiţii normale). În infiltratele de la nivelul articulaţiilor intercartilaginoase ale laringelui, simptomul crepitaţiei Moure lipseşte. (D.B.)

Mourson, simptomul; simptomul Tresilian: edemul şi hiperemia orificiului canalului Stenon, în parotidita epidemică (D.B.)

Muck-Habermann, boala; parapsoriazisul acut varioliform *(parapsoriasis acuta varioliformis);* parapsoriazisul varioliform Wide. Este o varietate a psoriazisului papulos cu evoluţie destul de rapidă, cu erupţie peteşială hemoragică şi papuloasă necrotică, asemănătoare cu variola (de aci denumirea). Are tendinţa la vindecare spontană în cîteva săptămîni.

Bibl. — GOLDSCHLAG F., BLATT O.: *Przegl. Dermat.,* 1927, 488. (D.B.)

Mueller, simptomul; prezenţa pulsului capilar faringian, în loja periungheală şi la nivelul buzelor în cazul compresiunii cu o lamă. Se observă în insuficienţa aortică. (D.B.)

Münchausen, sindromul; adresarea repetată a bolnavului la spital, cu simptome ca de boală acută; toate simptomele expuse de bolnav sînt false. (D.B.)

Munro, punctul; locul durerii palpatorii din apendicită. Se găseşte la intersecţia liniei care uneşte ombilicul cu creasta antero-superioară iliacă dreaptă, cu marginea externă a muşchiului drept abdominal. Acest punct corespunde de cele mai multe ori valvulei ileo-cecale Bauhin *(valvula coli).* (D.B.)

Murphy, simptomul; în litiaza biliară: durerea difuză din hipocondrul drept în timpul inspiraţiei profunde. (D.B.)

Musset, simptomul; tremurătura ritmică discretă a capului, sincronă cu pulsul. Se observă în insuficienţa valvulelor semilunare ale aortei. Este denumit după numele poetului francez la care s-a observat pentru prima oară acest simptom. (D.B.)

Müller-Metzger, sindromul; asocierea de glaucom, tulburări hormonale hipofizare şi deformarea unilaterală a feţei după tipul acromegalic. (D.B.)

Münchmeyer, boala; miozita osificantă progresivă *(myositis ossificans progressiva),* osteomul multiplu *(osteoma multiple),* exo-

Scanned with OKEN Scanner

stoza luxuriantă *(exostosis luxurians)*, fibrozita osificantă *(fibrositis ossificans)*, hiperplazia fascială osificantă *(hyperplasia fascialis ossificans)*, omul petrificat *(homme pétrifié)* Wirchow, descris în 1913. În mușchii extremităților inferioare și superioare și în mușchii spinali apar mase osoase, datorită cărora se produc: poziție forțată a capului (torticolis), incurbarea coloanei vertebrale, mai frecvent înainte, contracturi și limitarea mișcărilor la nivelul extremităților inferioare. Etiologie necunoscută.

Bibl. — GORYNSKI T., LITYNSKA J.: *Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol.*, 1958, 23, (4), 343. (D.B.)

Myle-van Bogaert (1949), sindromul; asocierea eredoataxiei (boala Friedreich) cu epilepsia mioclonică, arahnodactilia și oligofrenia, consecutivă bolii sistemice a măduvei spinării cu degenerescență olivocerebeloasă și tulburări vasomotorii. (D.B.)

N

Nachlass, simptomul; constă în apariția durerilor în segmentul inferior al coloanei vertebrale, dacă bolnavului, aflat în decubit dorsal pe un pat tare, i se comprimă puternic coapsa în direcția articulației coxo-femurale, în timp ce genunchiul este flectat pasiv.

Bibl. — SHANDS A. K.: *Ortop. Surg.*, 1948, 347. (D.B.)

Naegeli, boala; leucoza monocitară acută de origine medulară. Evoluția ca în boala Reschad-Schilling. Histologic: hiperplazia și metaplazia măduvei osoase (paramieloblaști monocitoizi, paramonocite mieloblastice). (D.B).

Naegeli, boala; trombopatia tip Naegeli; descrisă în 1931. Este o anomalie congenitală a trombocitelor. Clinic: hemoragii cutanate și ale mucoaselor; nici o dată nu produce hemartroze; nu există splenomegalie. Numărul trombocitelor este normal, dar există forme degenerative. Este alterată aglutinarea trombocitelor. Timpul de sîngerare și retracția cheagului sînt important crescute. Simptomul garoului este pozitiv. Boala a fost descrisă pînă în prezent doar în Elveția. (D.B.)

Naegeli, tip de exces pigmentar *(incontinentia pigmenti)*; dermatoza pigmentară reticulată *(dermatose pigmentaire reticulée)*. Este un tip special de incontinență de pigment, apropiat de complexul simptomatic Jadassohn-Franceschetti. Se caracterizează prin modificarea pigmentației cutanate, sub forma unei rețele, diminuarea funcției glandelor sudoripare, alterarea toleranței față de temperaturile înalte, tulburări dentare, cornificarea excesivă a palmelor și plantelor (keratoza palmoplantară — *keratosis palmo-plantaris)*.

Bibl. — NAEGELI O.: *Schw. med. Wschr.*, 1927, 57, 48. (D.B.)

Naffziger, simptomul; în sciatica simptomatică produsă de hernierea nucleului pulpos al discului intervertebral. Durerea la nivelul regiunii lombare și pe traiectul nervului sciatic este produsă de compresiunea venelor jugulare. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Naffziger, sindromul; al muşchiului scalen. Dureri la nivelul centurii scapulare, care iradiază în palme şi degete, de-a lungul extremităţii superioare; hipotonie musculară pînă la paralizie, cu atrofii musculare, în special ale muşchilor scurţi ai mîinilor, hiporeflexie, tulburări de sensibilitate, scăderea tensiunii arteriale şi puls slab la nivelul arterei radiale prin rotaţia capului de partea extremităţii bolnave simultan cu o inspiraţie profundă (simptomul Eaton), alterarea funcţiilor vasomotorii ale mîinilor şi degetelor, fosa supraclaviculară umplută şi, în sfîrşit, modificări osoase în segmentul cervicotoracic al coloanei vertebrale, mărirea apofizei transverse a vertebrei C_7. Sînt afectate mai frecvent femeile de vîrstă peste 30 de ani. Modificările morfologice ale muşchiului scalen anterior, structura anatomică a centurii scapulare sau defectele de dezvoltare a acestei regiuni duc la compresiunea de către muşchiul scalen a plexului brahial şi a arterei subclaviculare. Sindromul se împarte în tipul superior, în care sînt comprimate rădăcinile C_5—C_7 şi tipul inferior (C_6—D_1).

Bibl. — STEPIEN, IAKIMOWICZ, SOKOLOWSKI: *Pol. Tyg. Lek.*, 1949, 37, 1 095. (D.B.)

Nedden, ulcerul marginal infecţios; descris în 1902. Se caracterizează prin apariţia, la bolnavi în vîrstă, de ambele sexe, a unei ulceraţii conjunctivale fără inflamaţie. Sînt ulcere fie solitare, cu diametre de 1—2 mm, situate la 1—2 mm de limb, fie multiple, mici ovale, întinzîndu-se către centrul corneei. La nivelul acestora se poate decela bacilul Nedden, asemănător diplobacilului Morax-Axenfeld, dar lezînd doar corneea. Etiologie necunoscută.

Bibl.: ZUR NEDDEN: *Graefes. Arch.*, 1902, 54, 1. (D.B.)

Negro, simptomul; în paralizia nervilor din perechea a VII-a Bell. În privirea în sus pupilele nu se dispun la acelaşi nivel: de partea paraliziei pupila este situată mai sus. (D.B.)

Negro, simptomul; vezi Jendrassik, simptomul. (D.B.)

Negro, simptomul; vezi Parkinson, simptomul. (D.B.)

Neri, simptomul; în hemiplegie: în timpul efectuării probei Lassègue, extremitatea inferioară sănătoasă rămîne în extensie, în timp ce cea de partea paraliziei prezintă flexia genunchiului. (D.B.)

Neri, simptomul; în herniile nucleului pulpos şi tumorile măduvei spinării: hiperestezia cutanată şi dureroasă la curentul faradic, în regiunea paravertebrală, corespunzătoare segmentului medular lezat. (D.B.)

Neri, simptomul occipital; în sciatică: flexia marcată a capului, activă sau pasivă, la bolnavul aflat în decubit dorsal, produce dureri lombare şi pe traiectul nervului sciatic. Simptomul este în special tipic pentru forma radiculară a sciaticii. (D.B.)

Neri, simptomul sciaticului; în sciatică: excitaţia plantei cu curent alternant produce extensia halucelui, consecutivă excitabilităţii flexorilor, în locul flexiei halucelui, ca la sănătoşi. (D.B.)

Netter, simptomul; vezi Kernig, simptomul. (D.B.)

Nettleship, boala; urticaria pigmentară *(urticaria pigmentosa)* Sangster; mastocitoza *(mastocytosis)* Sézary; descrisă în 1869. Etiologie necunoscută. Este probabil varietatea benignă a reticulozei mastocitare, cu localizare cutanată predominantă. Denumirea de urticarie provine din faptul că sub acţiunea frecării mecanice a elementelor eruptive apar edem şi hiperemie, foarte asemănătoare cu urticaria. Modificările patologice din urticaria pigmentară (pete, papule, noduli) se dezvoltă datorită acumulării circumscrise a unei cantităţi mari de mastocite. Urticaria pigmentară se poate localiza nu numai pe tegumente, dar şi în alte organe (ganglioni limfatici, schelet, măduvă osoasă, ficat etc.). În acest caz se dezvoltă tabloul unei boli de sistem — reticuloza mastocitară cu evoluţie malignă *(réticulose mastocytaire maligne* — R. Degos).

Bibl. — NICKEL W. R.: *Arch. Derm.*, 1957, 76, 4, 476. (D.B.)

Neuberger, complexul simptomatic; acrokeratomul ereditar *(acrokeratoma hereditarium);* descris în 1891. Etiologie necunoscută. În afara unei colorăţii galbene-brune a totalităţii tegumentelor şi mucoaselor, se observă îngroşarea pielii la nivelul suprafeţei dorsale a mîinilor şi

Scanned with OKEN Scanner

picioarelor. Pielea este aspră, presărată cu formaţiuni moi, verucoase, de culoare albastră-violetă.

Bibl. — COCKAYNE: Inherit. abnorm. skin., 1933, 185. (D.B.)

Neumann, boala; pemfigus vegetant *(pemphigus vegetans);* eritemul bulos vegetant *(erythema bullosum vegetans)* Unna; condilomatoza pemfigoidă malignă *(condylomatosis pemphigoides maligna)* Tommasoli; descrisă în 1876. Etiologie necunoscută. Cel mai frecvent apar brusc elemente verucoase. Primul element este o veziculă, iar după ruperea membranei acesteia începe proliferarea eroziunilor şi apar formaţiuni hipertrofice verucoase, care se extind centrifug. Modificările acestea se localizează cel mai frecvent la nivelul pliurilor cutanate, organelor genitale şi regiunii anale; pot să apară şi pe mucoasele cavităţii bucale şi organelor genitale. Simptomul Nikolski este frecvent pozitiv (vezi acesta). Evoluţia este cronică, prognosticul nefavorabil. În conţinutul bulelor se găsesc celule acantolitice, iar în sîngele periferic leucocitoză, uneori şi eozinofilie importantă.

Bibl. — KRZYWANSKI ST.: *Przegl. Dermat.*, 1924, 146. (D.B.)

Neumann, *syringocystoma;* vezi Jacquet-Darier, complexul simptomatic. (D.B.)

Nicolas-Durant-Favre, boala; limfogranulomatoza sau limfogranulomul venerian *(lymphogranulomatosis seu lymphogranuloma venereum);* poradenita venerianã *(poradenitis venerea);* a patra boală venerică. Este produsă de un virus din grupa *Psittacosis.* Virusul poate fi decelat în leucocitele din puroi, sub forma de corpusculi elementari. Incubaţia durează 1—6 săptămîni. Iniţial, ca simptom primar apare o eroziune sau a papulă mică pe organele genitale externe, iar după 2 săptămîni se măresc limfoganglionii regionali; aceştia confluează, se ramolesc, se formează fistule. Consecutiv cicatrizării se dezvoltă frecvent stenoză anală şi elefantiazisul organelor genitale. În scop diagnostic se utilizează reacţia Frei. Evoluţia bolii este cronică.

Bibl. — MICHALOWSKI B.: *Przegl. Dermat.*, 1948, 3/4, 417. (D.B.)

Nicolas-Moutot-Charlet, formă a stratificării congenitale a epidermului; forma vegetantă sau ulcero-vegetantă a epidermolizei buloase *(forme végétante ou ulcéro-végétante de l'épidermolyse bulleuse).* Fundul unor bule se ulcerează sau prezintă o proliferare vegetantă. Bulele pot să apară în căile aeriene superioare sau regiunea proximală a tractului digestiv, putînd duce la stenozarea acestora.

Bibl. — TOURAINE A.: L'Hérédité en Médecine, Paris, 1955. (D.B.)

Nielsen, complexul simptomatic; distrofia congenitală cu gît scurt *(dystrophiæ brevicollis congenita);* descris în 1934. Constă în combinarea complexului simptomatic Klippel-Feil cu *pterygium collibilateralis.*

Bibl. — NIELSEN: *Hosp. Tid. Kinderheilk.*, 1934, 77, 409. (D.B.)

Niemann-Pick, boala; descrisă în 1914 de Niemann şi apoi, în 1933, de Pick. Se observă la fetiţe la vîrsta de sugar; are caracterul unei boli congenitale şi ereditare a sistemului reticulo-histiocitar. Constă în alterarea funcţiei de depunere şi în tulburarea metabolismului fosfatidelor (lecitină şi sfingomielină), care se depozitează în diferite organe. Simptome clinice: mărirea importantă a splinei, într-un grad mai mic a ficatului, epuizare, întîrziere în dezvoltarea intelectuală, defecte de dezvoltare a degetelor etc., uneori idioţie şi cecitate *(idiotismus amauroticus).*

Bibl. — TEMPKA T.: Choroby ukladu krwiotworezego, Varşovia, 1953. (D.B.)

Nievergelt, complexul simptomatic; sindromul Nievergelt-Erb; descris în 1944. Constă în prezenţa anomaliilor sistematice congenitale de dezvoltare a scheletului extremităţilor, sub forma de defecte ale articulaţiilor cotului, sinostoză între oasele cubitus şi radius, luxaţia sau subluxaţia cubitalului, defecte ale gambelor, *genu valgus,* picior plat, deformaţii ale degetelor mari.

Bibl. — NIEVERGELT K.: *Arch. J. Klauss. Atilt.*, 1944, 19, 157. (D.B.)

Nikolski, simptomul; în unele pemfigusuri (pemfigusul foliaceu, mai rar în cel cronic şi în pemfigusul Hailey şi Halley), în epiderm, în locurile în care nu există modificări patologice, apar edem interce-

Scanned with OKEN Scanner

lular şi alterarea punţilor intercelulare care condiţionează structura normală a epidermului; aceasta duce la slăbirea legăturii dintre celulele epidermului. Frecarea cu vîrful degetului a pielei cu aspect normal produce detaşarea straturilor superficiale ale epidermului, rămînînd o suprafaţă roză umedă. Simptomul indică un prognostic nefavorabil al bolii. (D.B.)

Noble, complexul simptomatic; descris în 1934. Mama, fiica şi nepoata au prezentat, la vîrsta de copil mic, o pigmentaţie reticulară cu telangiectazii, în special pe trunchi şi faţă. Este probabil vorba de o formă abortivă a complexului simptomatic Rothmund.

Bibl. — NOBLE: *Derm. Wschr.*, 1954, 49, 1 934. (D.B.)

Noble, simptomul; simptom precoce de sarcină: senzaţia de umplere a fundurilor de sac vaginale, la examenul vaginal al gravidei.

Bibl. — SEITZ L., AMREICH A.: Biologie und Pathologie des Weibes, T. VII, Berlin, 1934. (D.B.)

Nonne, complexul simptomatic; vezi Naffziger, complexul simptomatic. (D.B.)

Nonne, sindromul; în bolile cerebeloase: dismetrie, asinergie, absenţa coordonării mişcărilor, tulburări de vorbire. (D.B.)

Nonne-Meig-Milroy, boala; elefantiazis congenital familial *(elephantiasis congenita familiaris)*. Edemele albe, moi sînt limitate la unul sau cîteva segmente ale extremităţilor (antebraţ, gambă). Faţa şi picioarele nu sînt afectate nici o dată. Boala începe încă din perioada neonatală şi se agravează în perioada maturării sexuale. Cauza constă în leziunea sistemului nervos central sau simpatic, în tulburări endocrine. A fost descrisă prima dată de Letessier în 1865, apoi de Nonne în 1891, de Milroy în 1892 şi de Meig, în 1898. (D.B.)

Nothnagel, sindromul: paralizia nervului din perechea a III-a de partea focarului şi hemiataxia de tip cerebelos de partea opusă. Focarul patologic este în tuberculii cvadrigemeni. (D.B.)

O

Oberndorfer, boala; carcinoidul *(carcinoid)*; argentafinomul *(argentaffinoma)*; tumorile carcinoide *(carcinoid tumors)*; carcinoidele intestinale. A fost descrisă la începutul secolului al XIX-lea; Isler şi Hedinger, în 1952, şi Thorson şi colab., în 1954, au descoperit pentru prima dată în această boală carcinoidele localizate cel mai frecvent în ileon şi apendice, mai rar în alte segmente intestinale. Aceste carcinoide cresc lent, dau metastaze cel mai des în ficat, constau din celule argirofile, care produc în exces precursorii triptofanului, serotoninei sau enteraminei; aceştia duc la accese de temperatură cefalică, hiperemia feţei, trunchiului şi mîinilor — de tipul petelor sau urticariei *(flush)*, care se repetă cu frecvenţă variabilă —, hipertensiune arterială, palpitaţii, cefalee, diaree, stări bronhospastice. În plus se ob-

Scanned with OKEN Scanner

servă, în afară de noduli în intestin şi de metastaze în ficat, hipertrofia şi dilataţia cordului drept, fibroza şi insuficienţa valvulei tricuspide, stenoza orificiului arterei pulmonare. În sînge este crescut considerabil nivelul serotoninei, iar în urină se găseşte o cantitate mare de acid 5-hidroxi-indolacetic. (D.B.)

Ochsner-Gage, simptomul; în sindromul muşchiului scalen anterior Naffziger. Compresiunea cu degetele pe claviculă, la nivelul tendonului muşchiului scalen, produce dureri şi hipoestezie reversibilă în regiunea acestui muşchi. Durerile dispar după blocajul cu novocaină al muşchiului scalen anterior.

Bibl. — OCHSNER, GAGE DE BAKEY: *A. Journ. Surg.*, 1935, 28, 669. (D.B.)

Oguchi, boala; descrisă în 1892 de Salzman şi în 1907 de Oguchi. Se caracterizează prin ambliopie crepusculară, cu vedere normală în condiţii de luminozitate bună. Sînt caracteristice de asemenea modificările fundului de ochi: retina de culoare cenuşie-galbenă-rozată, cu granulaţii mici. Simptomele Mizuo-Nakamura şi Giannini sînt pozitive. Cauza este prezenţa unui strat situat între epiteliul pigmentar şi restul straturilor retinei, care conţine granulaţii cenuşii de fuscină. Probabil că acestea se datoresc creşterii substanţelor lipoide în porţiunea bazală a celulelor epiteliale, liberă de pigment în mod normal. Se poate asocia cu simptome neurologice limitate.

Bibl. — STEIN W., KIKIELA M.: *Klinika oczna*, 1956, 26, 227. (D.B.)

Ohnell, simptomul acordeonului: deplasarea undei delta faţă de complexul *QRS*, pe electrocardiogramă, sub influenţa efortului fizic sau compresiunii sinusului arterei carotide. Poate fi utilizat în diferenţierea undei delta şi a altor alterări ale complexului *QRS*. (D.B.)

Ollier, sindromul; sindromul Klippel-Trénaunay; hipertrofia regiunii corpului (muşchi şi oase) corespunzătoare localizării angiomatozelor; se observă cel mai frecvent în boala Sturge-Weber şi Hippel-Lindau.

Bibl. — LOUIS-BAR, LEFORS: *Conf. Neurol.*, 1947, 7, 245. (D.B.)

Oliver, simptomul; pulsul laringian descendet *(pulsus laryngeus descendens)*: decelarea, prin palpare, a pulsaţiilor arcului aortei. Bolnavul face o hiperextensie puternică a capului şi închide gura; examinatorul, cu două degete, dislocă în sus cartilajul tiroidian, apropiind în felul acesta arcul aortei de bronhia stîngă, care trece sub acesta. În cazul unui anevrism al arcului aortic se observă coborîrea laringelui în sistola cardiacă şi ridicarea acestuia în diastolă. În afara anevrismului arcului aortic, simptomul se observă în mediastinita obliterantă, în pericardită, în tahicardia paroxistică, boala Basedow, tumorile mediastinale situate între arcul aortic şi bronhia stîngă, în boala Glénard.

Bibl. — ORLOWSKI W.: Zarys Ogolnej Diagnostyki Lekarskiej, Varşovia, 1956. (D.B.)

Oljenick (1939), sindromul; occipitalizarea primei vertebre cervicale, care se însoţeşte de ataxie cerebeloasă progresivă precum şi de blocarea circulaţiei lichidului cefalorahidian în canalul cerebrospinal. (D.B.)

Ollendorf-Curth, complexul simptomatic; pseudoacantoza neagră *(pseudoacanthosis nigricans)*. Este o varietate cu evoluţie benignă a acantozei nigricans juvenilă *(juvenilis)*, care se observă la femeile grase în regiunea axilară şi inghinală, ca şi pe feţele laterale ale gîtului, sub aspectul unor acumulări de papule, uneori verucoase, de culoare brună. Drept cauză se presupun tulburări endocrine.

Bibl. — CURTH: *Ann. Derm. Syph.*, 1951, 78. (D.B.)

Ombrédanne, complexul simptomatic; sindromul de paloare şi hipertermie postoperator *(syndrome de pâleur et hyperthermie postopératives, postoperativer Blässe-Fieber Syndrom)*; sindromul de paloare şi hipertermie al sugarului; descris în 1914 de Texier şi Leveque. Se observă la copii operaţi pînă la vîrsta de 6 luni, excepţional de rar la copiii mai mari. La cîteva ore după operaţie temperatura creşte, uneori pînă la 41°, copilul devine palid, pulsul şi respiraţia se accelerează, apar convulsii. Este considerat ca un şoc particular sugarilor operaţi.

Bibl. — GANSZER W.: *Przegl. Chir.*, 1952, 1, 1. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Opalski, sindromul arterei vertebro-spinale posterioare *(vertebro-spinalis posterior);* în excluderea irigației ramurilor arterei, în general preradiculare. Hipoestezia tuturor formelor de sensibilitate în regiunea feței (leziunea nucleului pulpos al nervilor perechei a V-a), hipoestezia alternantă, dureroasă și termică, pe trunchi și extremități. De partea focarului se observă simptomul Horner, pareză piramidală și ataxie.

Bibl. — OPALSKI A.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1946. (D.B.)

Opalski (1949), sindromul nevrotic: consecutiv leziunii focale a hipotalamusului apare simpaticotonia (accese de palpitație, creșterea de scurtă durată a tensiunii arteriale, senzația de compresiune în stomac), simptome de vagotonie (urină spastică — *urina spastica),* tulburări sub forma de crize ale acomodației, vibrații ritmice în cîmpul vizual, muște zburătoare, tulburări labirintice (vertije), crize de astenie, care duc la adinamie de scurtă durată, accese de anxietate dramatică cu senzația de moarte iminentă sau pierderea senzoriului.

Bibl. — *Neurol. Pol.*, 1949, XXIII, II, 183, (D.B.)

Oppenheim, boala; encefalopatia hemoragică *(encephalopathia haemorrhagica Oppenheimi).* De obicei apare consecutiv gripei, difteriei, tifosului exantematic, malariei, scarlatinei sau intoxicațiilor (ca arsenic, oxid de carbon). În creier există hemoragii mici prin diapedeză — focarele Dürck —, înconjurate de un strat de celule microgliale. Clinic, simptomul prodromal este cefaleea; apar apoi convulsii epileptice, paralizii oculomotorii, nistagmus, simptome ponto-bulbare, simptome piramidale bilaterale. (D.B.)

Oppenheim (1900), boala; miotonia *(myotonia);* amiotonia congenitală *(amyotonia congenita).* Hipotonia tuturor mușchilor, în special ai extremităților inferioare, pareza simetrică a extremităților, absența sau diminuarea reflexelor tendinoase, diminuarea excitabilității musculare la curentul faradic, așa-numita reacție amiotonică Coller-Wilson. Anatomopatologic se observă modificări în tot sistemul motor, de la circumvoluțiile centrale la placa motorie terminală. În mușchii afectați predomină fibrele embrionare. (D.B.)

Oppenheim (1914), boala; pseudotabes hipofizar *(pseudotabes hypophysaria);* pseudotabesul medular de origine hipofizară constă în atrofia nervilor optici, dispariția reflexelor și simptomul Romberg; sindromul endocrin se caracterizează prin obezitate, simptome de acromegalie și modificări radiologice ale șeii turcești. (D.B.)

Oppenheim, simptomul bulimiei; vezi Flatau, sindromul. (D.B.)

Oppenheim, simptomul; în nevralgia sciatică: hipotonia tendonului Achille de partea bolnavă, care în același timp este mai lat și mai turtit, ceea ce se traduce prin netezirea șanțului retromaleolar *(sulcus retromalleolaris).* (D.B.)

Oppenheim (1902), simptomul; poziția în extensie a degetului mare, ca rezultat al compresiunii și mișcării de sus în jos a degetelor în lungul tibiei (vezi Babinski, reflexul). (D.B.)

Oppenheim-Urbach, complexul simptomatic; necrobioza lipoidică *(necrobiosis lipoidica);* dermatita atrofică lipoidică diabetică *(dermatitis atrophicans lipoides diabetica);* necrobioza lipoidică a diabeticilor *(diabetorum);* necrobioza lipoidică a tegumentelor; descrisă în 1929 și 1932. Etiologia nu este complet elucidată; diabetul nu este prezent obligatoriu. Se observă în special la femeile adulte și, în trei pătrimi din cazuri, cu diabet. Modificările esențiale constau în inflamația pereților arterelor și arteriolelor *(arteriitis et arteriolitis),* cu depunere secundară de grăsime și necrobioza țesutului conjunctiv. Uneori se decelează nivel crescut de lipide în sînge. Din papulele infiltrate care confluează se formează plăci de culoare galbenă, amintind scleremul circumscris. Plăcile se localizează în special pe gambe, au tendința la creștere periferică și vindecare în centru, sînt înconjurate de o zonă inflamatorie, iar prin epidermul subțiat se observă vasele sanguine ectaziate.

Bibl. — JABLONSKA S., SPARNOWSKA-KLECZEWSKA H.: *Przgl. Derm. Wener.*, 1953, 3, 302. (D.B.)

Ortner, complexul simptomatic; descris în 1897. Constă în răguşeală, care uneori se transformă în afonie completă, conse-

Scanned with OKEN Scanner

cutivă poziției mediane a corzilor vocale, uni- sau bilateral. Se observă în bolile grave cardiace sau ale vaselor mari, ca rezultat al compresiunii nervului recurent de către inima mărită (în special atriul stîng) sau vasele mari, mai ales artera pulmonară stîngă; în ultimul caz, de obicei, paralizia nervului recurent stîng. (D.B.)

Orzechowski, boala; vezi Thompson, boala. (D.B.)

Orzechowski, simptomul anal; în sciatică. În legătură cu hipotonia mușchilor fesieri de partea bolnavă, fesa respectivă se deplasează spre linia mediană; consecutiv, pliul anal capătă o direcție oblică, cu capătul distal de partea sănătoasă. (D.B.)

Orzechowski, simptomul cerebelos: retragerea bruscă a mîinilor examinatorului de sub mîinile bolnavului, care se sprijină puternic pe ele, produce înclinarea trunchiului înainte. Subiectul sănătos rămîne nemișcat sau se înclină ușor înapoi. (D.B.)

Orzechowski (1920), simptomul; în leziunea mușchilor interosoși: bolnavul nu-și poate introduce degetul în nară. (D.B.)

Orzechowski, simptomul; în paralizii, legat de tulburările vasomotorii: fața dorsală a piciorului și cea externă a gambei sînt mai reci la nivelul extremității bolnave. (D.B.)

Orzechowski (1920), simptomul; pareza mușchilor interosoși din paralizia nervului cubital. În poziția de „rugăciune" a mîinilor, degetele de partea paraliziei nu sînt dispuse plat pe mîna sănătoasă, ci formează un arc cu convexitatea de partea dorsală. (D.B.)

Orzechowski, simptomul; vezi Parkinson, boala. (D.B.)

Osgood-Schlatter, boala; osteocondrita tibială anterioară *(osteochondritis tibialis anterior)*; osteocondrita tuberculului tibial *(osteochondritis of the tibial tubercle)*; necroza aseptică a tuberozității tibiale; descrisă în 1903. Se observă în special la băieți, în legătură cu mobilitatea acestora, ceea ce sugerează o etiologie traumatică a acestei boli. Simptomele: edem la nivelul tuberozității tibiale, dureri care se accentuează la efort și la palpare, mișcări pasive nedureroase; în schimb, mișcările active sau active cu opoziție produc dureri vii. Pe radiografie se observă osteoporoză cu focare de osteoscleroză și contur neregulat al tuberozității tibiale. (D.B.)

Osiander, simptom de sarcină precoce; constă în perceperea de pulsații în vagin. În prezent și-a pierdut importanța diagnostică. (D.B.)

Osler, boala; endocardita *(endocarditis)* Osler. Este o denumire veche, astăzi rar utilizată, a endocarditei bacteriene subcronice. (D.B.)

Osler, simptomul: decelarea la vîrful degetelor mîinilor și picioarelor a unor formațiuni cutanate mici, roșiatice, noduliforme, dureroase la presiune, apărînd de obicei în puseuri. Sînt patognomonice pentru endocardita prelungită. (D.B.)

Osler, simptomul; vezi Kernig, simptomul. (D.B.)

Osler, sindromul sau boala; vezi Rendu-Osler, sindromul. (D.B.)

Osler-Vaquez, boala; vezi Vaquez, boala. (D.B.)

Ostler, halucele; onicogrifoza halucelui *(onychogryphosis hallucis)*. Constă în creșterea excesivă a unghiei acestui deget. Unghia se deformează, devine dură, încurbată, formînd proeminență deoarece porțiunea proximală crește mai repede decît cea distală; uneori capătul distal se inclavează în pulpa degetului.

Bibl. — MERCER W.: *Orthop. Surg.*, 1948, 787. (D.B.)

Ot, pata congenitală; nevul negru-albăstrui oftalmo-maxilar *(naevus fusco-caeruleus ophtalmo-maxillaris)*; descrisă în 1930. Se caracterizează prin hiperpigmentație melaninică de culoare brun-albăstruie pe pielea feței, pleoapelor (regiunea nervului trigemen), pe sclere și fundul de ochi.

Bibl. — HALMICK, PRINGLE W.: *Zentralbl. Haut. Geschlechtskr.*, 1957, 98, 355. (D.B.)

Otto, bazinul; pelvis Otto; proeminarea intrapelvică a acetabulului *(protrusio acetabuli intrapelvica)*; coxartroza pelvină *(coxarthrosis pelvis)*; pelvisul Chrobaka; proeminarea interpelvică *(interpelvic)* a acetabulului; descris în 1824. Constă în proeminarea cavităților articulare împreună cu capetele femurelor, în bazin. Pe radiografie se observă de obicei strîmtarea

Scanned with OKEN Scanner

spațiului articular, precum și subțierea pereților cavității articulare, care poate să pătrundă în profunzimea bazinului cu cîțiva mm — 5 cm. Clinic boala se manifestă prin limitarea abducției și adducției extremității inferioare, dureri și ușoară atrofie musculară. Se observă bilateral, cel mai frecvent la femei. Etiologia bolii este necunoscută; pare probabil să fie legată de gută, de leziuni traumatice ale cavității articulare, de gonoree, reumatism, boala Strümpel-Bechterew, tabes dorsal, osteomalacie, tumorile bazinului și echinococoza oaselor.

Bibl. — KOSZLA M. M.: *Chir. Narz. Ruchu i Ortbop. Pol.*, 1954, 3, 335. (D.B.)

Overend (1896), reflexul; nou reflex cranian *(new cranial reflex)*; reflexul cranian; vezi Moro, reflexul, Wartenberg, reflexul. (D.B.)

Owren, boala; starea hemofiloidă *(hemophiloid state)*; deficiența Ac-globulinei *(Ac-globulin deficiency)*; deficiența factorului labil *(labile factor deficiency)*; deficiența proaccelerinei *(proaccelerin deficiency)*; descrisă în 1944. Este o tulburare a coagulării sanguine, ca rezultat al absenței factorului V. Frecvente hemoragii cutanate și ale mucoaselor. Timpul de sîngerare și coagulare prelungit. Numărul trombocitelor și funcțiile acestora nu sînt modificate față de normal. Se observă în leziunile hepatice grave și în hipovitaminoza K accentuată.

Bibl. — OWREN P.: *Lancet*, 1947, 1, 446. (D.B.)

P

Page (1934), sindromul; al hipertensiunii arteriale hipotalamice. Afectează femeile tinere, mai rar bărbații. Hipertensiune instabilă, tahicardie, apariția periodică a unor pete eritematoase pe față și pe gît, mai rar la extremități, cu mici picături de sudoare pe suprafața lor. Excitația hipotalamusului poate produce acest sindrom. În mod greșit este luat drept boala Basedow, din cauza măririi glandei tiroide și creșterii metabolismului bazal. Tiroidectomia nu ameliorează situația. (A.W).

Pagenstecher, simptomul; constă în subluxația capului humerusului în sus și înăuntru, în cazurile de dislocare a tendonului bicepsului brahial.

Bibl. — MERCER W.: *Orthop. Surg.*, 1948, 880. (D.B.)

Paget, boala; boala Paget a mamelonului *(Paget's disease of the nipple)*; descrisă în 1874. Cel mai des se localizează la glanda mamară, mai rar se observă alte localizări. Inițial apar pete eritematoase-descuamative, iar ulterior se constituie tumoarea intramamară, cu metastaze în limfoganglioni. Diagnosticul se bazează pe examenul histologic (celulele caracteristice Paget).

Bibl. — WOHL J.: *Warsz. Czas. Lek.*, 1934, 714. (D.B.)

Paget, boala; osteita deformantă *(osteitis deformans)*; boala osoasă Paget *(maladie osseuse de Paget)*; osteita deformantă hipertrofică *(ostéite déformante hypertrophique)*; osteoza pagetică *(ostéose*

Scanned with OKEN Scanner

pagétique); scleromalacia multiplă *(multiple Sklerомalazie);* descrisă în 1876. Se caracterizează prin deformaţii importante ale oaselor, în special ale craniului, bazinului, femurului şi tibiei. Afectează bolnavii în vîrstă de peste 40 de ani, mai ales bărbaţi. Începe insidios, cu dureri reumatice, apoi oasele afectate se măresc de volum, dar prezintă osteoporoză. Etiologic boala este considerată ca o inflamaţie cronică nespecifică a ţesutului osos.

Bibl. — CELLARY J., HORTS H., LUKOMSKI L.: *Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol.*, 1956, 1, 21. (D.B.)

Pagnicz, sindromul; acroeritroza constă în crize vasomotorii, traduse prin edem şi eritem, neînsoţite de durere. (D.B.)

Paltauf, nanismul; nanismul hipofizar sau pituitar *(nanosomia hypophysaria seu pituitaria);* nanismul infantil *(infantilis);* nanismul hipoplastic *(hypoplastica).* Diminuarea proporţionată a volumului scheletic, cu dezvoltare psihică şi comportament normale. Apare consecutiv tulburărilor hipofizare, uneori tumorilor cerebrale.

Bibl. — SEITZ L., AMREICH A.: Biologie und Pathologie des Weibes, vol. II, Berlin, 1952. (D.B.)

Paltauf-Sternberg, limfogranulomatoza malignă; vezi Hodgkin, boala. (D.B.)

Pancoast, sindromul; sindromul Pancoast-Tobias; sindromul Tobias, sindromul Hare; tumoarea vîrfului pulmonar *(superior pulmonary sulcus tumor);* sindromul apico-costo-vertebral dureros prin tumoare apexiană *(syndrome apico-costo-vertébral douloureux par tumeur apexienne);* sindromul vîrfului pulmonar *(Lungenspitze-Syndrom);* descris în 1838 de Hare şi în 1924 şi 1932 de Pancoast. Este o proliferare tumorală (cancer, sarcom) a vîrfului pulmonar, care comprimă şi infiltrează plexurile nervoase şi trunchiurile vaselor mari. Simptome: absenţa apetitului, scăderea forţelor, subfebrilitate, tuse, asfixie, hemoptizii, sindrom ocular Claude-Bernard-Horner, dureri, tulburări de sensibilitate, „piele de găină", atrofia muşchilor extremităţii superioare respective şi, într-un stadiu mai tardiv, palparea tumorii în fosa supraclaviculară. Examenul radiologic arată iniţial o opacitate mică bine delimitată, iar mai tîrziu, distrucţia importantă a coastelor şi vertebrelor. În sînge: anemie hipocromă, leucocitoză (10 000—20 000/mm^3) cu deviere la stînga. Viteza de sedimentare a hematiilor este accelerată. Se observă predominant la bărbaţi în vîrstă de 40—60 de ani. Prognostic nefavorabil.

Bibl. — CZABAN W., PIOTROWSKI A.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1952, 7/8, 182. (D.B.)

Panner, boala; osteocondrita eminenţei capului humeral *(osteochondritis eminentiae capituli humeri);* descrisă în 1927. Este necroza aseptică subcondrală a eminenţei capului humeral *(eminetia capitata)* osului humeral. Etiologie necunoscută. (D.B.)

Pansini, sindromul; în malarie: apariţia sindromului cerebelos cu dizartrie. (D.B.)

Paradiso-Griva-Angeleri-Benedetti, boala; mieloza eritremică cronică *(myelosis eritremica chronica);* varietate a bolii di Guglielmo. Se distinge de eritremia acută prin evoluţie mai prelungită (cîţiva ani). În cazul lui Paradiso s-a observat mărirea splinei şi ficatului, febră, anemie importantă cu leucopenie. În frotiul sanguin: eritroblaşti bazofili şi proeritroblaşti. În măduva osoasă: hiperplazie şi metaplazie eritroblastică. (D.B.)

Parinaud, boala; forma oculo-bubonică a tularemiei (vezi Francis, boala). (D.B.)

Parinaud, boala; vezi Galezowski-Parinaud, boala. (D.B.)

Parinaud, complexul simptomatic; paralizia mişcărilor pe verticală, varietatea Parinaud; oftalmoplegia oculomotorie nucleară şi supranucleară bilaterală *(bilateral nuclear and supranuclear oculomotor ophthalmoplegia);* descris în 1883. Se caracterizează prin ptoza parţială bilaterală a pleoapelor superioare, de tipul „simpatic" — frecvent cu pupile strîmte, rigide — şi absenţa mişcărilor globilor oculari în sus, mai rar în jos. S-a descris un caz cu leziunea căilor aferente ale centrului echilibrului. Se observă în cazurile de leziune supranucleară, ca simptom al lezării comisurii posterioare a creierului intermediar.

Bibl. — COLLINS R. D.: *Amer. Journ. Ophth.*, 1961, 51, 152. (D.B.)

Parker-Kernohan, boala; vezi Marie-Foix-Alajouanine, boala. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Parkes-Weber, complexul simptomatic; hemangiectazia hipertrofică *(haemangiectasia hypertrophica);* vezi Klippel-Trenaunay, complexul simptomatic. (D.B.)

Parkes-Weber, complexul simptomatic; limba mamelonată *(mamilated tongue).* Constă în faptul că pe faţa anterioară a limbii se găseşte un focar proeminent, mamelonat.

Bibl. — PARKES, WEBER F.: *Brit. Journ. Derm. Syph.*, 1945, 37, 179. (D.B.)

Parkes-Weber-Schmid, complexul simptomatic; telangiectazia maculară eruptivă persistentă *(teleangiectasia macularis eruptiva persistans);* varietate a urticariei pigmentare, care se poate observa la copii şi adulţi. Apar echimoze sau ectazii vasculare asociate cu pete pigmentare. Elementele, în formă de pete cu diametre de 1—20 mm, se localizează pe trunchi sau extremităţi, predominant la femei. Unii autori consideră că acest complex simptomatic este o varietate a „telangiectaziilor esenţiale în plăci dobîndite" Brocq.

Bibl. — MOURSUND HIRSCHMANN: *Arch. Derm. Syph.*, 1951, LXIII, 232. (D.B.)

Parkinson (1817), boala; paralizia agitantă *(paralysis agitans);* paralizia cu tremurături *(An essay on the shaking palsy'* — o încercare asupra paraliziei agitante). Denumirea de *paralysis agitans* a fost introdusă de Holl. Modificările anatomice sînt involutive, amintind atrofia senilă, localizate în special în substanţa neagră *(substantia nigra).* Dintre simptomele precoce fac parte clipitul rar (simptomul Marie), lentoarea mişcărilor, mai tîrziu poziţia semiflectată a degetelor de la mîini, iar final, tabloul tipic al sindromului hipertonic-akinetic cu rigiditate generală, ţinută înclinată şi tremurătură ritmică, în special la nivelul segmentelor distale ale extremităţilor superioare. Mersul se face cu paşi mici *(démarche à petits pas)* şi propulsie tradusă prin aceea că bolnavul „aleargă după centrul său de greutate". Mişcările mîinilor produc mişcarea de „rostogolire a monedelor" sau „numărătoare de bani". Simptomul Westphal — contracţia paradoxală denumită de Forster reflex de adaptare, iar de Orzechowski, reflexul lacătului — derivă din excitabilitatea patologică a muşchilor la extindere: prin extinderea pasivă rapidă a muşchilor apar contracţia acestora şi creşterea tonusului. Simptomul Negro „al roţii dinţate" (1901) constă într-o serie de contracţii musculare în timpul extinderii muşchilor, care se simte ca o rezistenţă întreruptă. Scrisul se modifică (micrografia), vorbirea este dificilă (bradi- şi palilalia). Uneori se observă kinezii paradoxale: bolnavul, imobil, execută sub influenţa emoţiei, repede şi precis, mişcări chiar complexe. Acatizia Haskocec constă în dificultatea de a menţine poziţia şezîndă, cu toată penuria mişcărilor. Simptomele vegetative şi tulburările psihice completează tabloul clinic. (D.B.)

Parrot, boala; boala Wegner; pseudoparalizia *(pseudoparalysis);* pseudoparalizia sifilitică *(syphilitica);* osteita sifilitică a nou-născuţilor *(ostéite syphilitique des nouveau-nés).* Se observă în sifilisul congenital precoce şi este rezultatul modificărilor importante de la nivelul metafizelor oaselor lungi ale extremităţilor superioare şi inferioare (osteocondrită de gradul al III-lea). Procesul duce la dezlipirea epifizelor de diafiză şi la liza acestora (epifizioliză). Extremităţile superioare atîrnă imobile, situate cu faţa dorsală în sus, iar cele inferioare în poziţia de contractură flexorie. La nivelul fracturilor se observă edem şi durere.

Bibl. — KWAZEBART K., ROSNOWSKA B.: *Medycyna,* 1933, 141. (D.B.)

Parrot, boala; dermatita papuloasă posterozivă *(dermatitis posterosiva papulosa);* eritemul papulos fesier posteroziv *(érythème papuleux fessier postérosif)* Jaquete; eritemul sifiloid *(syphiloide)* posteroziv Jaquete-Sevestre; eritemul papulos posteroziv al nou-născuţilor; descrisă în 1887. Apare consecutiv iritaţiei prin urină şi materii fecale (prin acţiunea îndelungată a acestora), a tegumentelor la nivelul feselor, perineului, organelor genitale, coapselor, cu suprainfecţie ulterioară cu streptococ.

Bibl. — BERNHARDT R.: *Choroby Skory,* 1936. (D.B.)

Parrot, cicatricele; fac parte din simptomele cutanate ale sifilisului congenital. Se dispun radiar la nivelul orificiilor naturale; cel mai bine se observă la nivelul

Scanned with OKEN Scanner

gurii. Cicatricele sînt rezultatul procesului activ din luesul congenital precoce.

Bibl. — STRASZYNSKI A.: *Warsz. Czas. Lek.*, 1931, 409. (D.B.)

Parrot, simptomul; în sindroamele dureroase: dilatarea pupilelor prin compresiunea unui loc dureros. Simptomul se utilizează pentru excluderea simulării. (D.B.)

Passini, complexul simptomatic; epidermoliza buloasă papuloidă *(epidermolysis bullosa varietas s. papuloidea);* varietate de epidermoliză buloasă. Se observă cu predilecţie în perioada maturării sexuale, la subiecţii cu simptome seboreice. În locurile caracteristice seboreei, independent de bule şi coşuri albe, apar papule albe-rozate, uneori confluente. Restul simptomelor cutanate sînt aceleaşi ca în epidermoliza buloasă.

Bibl. — DEGOS R. şi colab.: *Bull. Soc. Derm.*, 1948, 35, 397. (D.B.)

Passini-Pierinie, complexul simptomatic; atrofoderma idiopatică *(atrophoderma idiopatica).* Etiologie necunoscută. Prezenţa pe tegumente de focare albăstrii, uşor deprimate, bine circumscrise, cu dezvoltare lentă. Lipsesc simptome subiective. Se localizează mai des pe trunchi.

Bibl. — CANIZARES O., SACHS P. M., JAIMOVICH L., TORRES V. M.: *Arch. Dermat.*, 1958, 77, 42. (D.B.)

Pastia, simptomul; descris în 1910. Constă în apariţia de pigmentaţii liniare, de culoare roşie-închisă, la nivelul plicilor cutanate, în special inghinale, cubitale şi axilare. Reprezintă hemoragii mici şi sînt expresia fragilităţii vaselor sanguine. Se observă în scarlatină. (D.B.)

Patella, boala; stenoza pilorului la bolnavii de tuberculoză, datorită inflamaţiei fibropare. (D.B.)

Pautrier, *lichenificatio nodularis;* vezi *prurigo nodularis* Hyde. (A.W.)

Pautrier-Woringer, complexul simptomatic; reticuloza lipomelanică *(reticulosis lipomelanotica), lymphadenitis dermatopathica Hurwitt.* Descris în 1932. În multe dermatoze în care există un prurit chinuitor (prurigo, lichen plan, eritrodermie) poate să apară o adenopatie reactivă. Histologic, se constată în limfoganglioni, infiltrate constituite din celule inflamatorii variate şi din celule reticulohistiocitare care conţin melanină şi lipide. Melanina şi lipidele ajung în limfoganglionii din focarele inflamatorii care reprezintă, probabil, cauza bolii.

Bibl. — PAUTRIER L., WORINGER F.: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1932, 947. (A.W.)

Paxon, complexul simptomatic; corespunde clinic sindromului de strivire *(crush syndrome Bywaters).* Este produs de leziunile tisulare. Prezintă tabloul unui şoc grav, cu diminuarea diurezei şi creşterea cantităţii de uree în sînge. Survine în cazul formării unui hematom retroplacentar, în rupturile uterine, torsionarea unui chist ovarian cu hemoragie în interiorul acestuia. Factorul de bază, care condiţionează apariţia acestui complex simptomatic, este prezenţa hemoragiilor intercelulare în ţesuturi, hemoragie intratisulară.

Bibl. — PAXON N.: *J.A.M.A.*, 1946, 131, 500. (D.B.)

Payer, sindromul; arma cu două ţevi — Payer *(Payers Doppelflinte);* sindromul unghiului splenic *(Milzflexursyndrom, splenic flexure syndrome);* descris în 1910. Complexul simptomatic este produs de inflexiunea intestinului gros, cu ischemie de scurtă durată sau de ocluzia la nivelul unghiului splenic. Colonul aminteşte o ţeavă dublă de armă. Clinic: dureri care iradiază în regiunile lombară stîngă şi cardiacă, arsuri, meteorism în hipocondrul stîng. În cauză poate fi: lungimea excesivă a colonului transvers, prezenţa unor cantităţi mari de gaze, de materii fecale, aderenţe peritoneale la nivelul unghiului splenic.

Bibl. — PAYER E.: *Verch. Dtsch. Kongr. inn. Med.*, 1910, 27, 276. (D.B.)

Payr, simptomul; durere la nivelul fracturii apofizelor transverse ale vertebrelor, în înclinarea de partea sănătoasă a coloanei vertebrale. (D.B.)

Pelger-Huet, boala (anomalia); descrisă în anul 1930. Prezenţa în sînge în proporţie de 30% şi mai mult a granulocitelor cu nucleu în formă de bastonaş, restul granulocitelor avînd nucleu bisegmentat. Nucleul şi protoplasma au structură matură. Examinarea măduvei osoase pune în evidenţă semne de inhibiţie a maturării nucleilor din granulocite. În formele neutrofile din măduva osoasă, există adeseori

Scanned with OKEN Scanner

o granulaţie toxică, iar uneori o vacuolizare a protoplasmei. Patogenia bolii este necunoscută.

Bibl. — DEGENHARDT K. H.: *Klin. Wschr.*, 1953, 31, 26. (A.W.)

Pellicioli (1937), reflex fiziologic polimuscular. La percuţia unilaterală a muşchilor toracici apar concomitent contracţii musculare bilaterale simetrice. (A.W.)

Pellegrin-Stieda, boala; osificare paracondilică posttraumatică *ossificatio paracondylitis posttraumatica;* sindromul Pellegrini-Stieda-Schatte; *Stieda Fraktur; posttraumatische parakondylare Ossification des Femur; paraossaler Begleitschatten.* Descrisă în anul 1908. Osificarea ţesuturilor moi în regiunea condilului medial al femurului, care apare cel mai adesea după un traumatism al acestei regiuni, concomitent cu edem, precum şi cu durere la palpare şi în timpul mişcării articulaţiei genunchiului. Radiografia arată o mică umbră, adiacentă condilului medial al femurului, la limita dintre corpul osului şi condil. Este considerată ca fiind consecinţa desprinderii unui mic fragment osos din condil sau a neoformării osoase în hematomul posttraumatic al tendoanelor şi ligamentelor.

Bibl. — KOMZA J., KRAJNIK B.: *Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol.*, 1937, 2/4, 321. (A.W.)

Pelizaeus - Merzbacher, boala; aplazia axială extracorticală congenitală; *aplasia axialis extracorticalis congenita.* Forma cronică a atrofiei familiale a emisferelor cerebrale, descrisă de Schob, tipul anatomoclinic al leucoencefalitei, fenomenele degenerative localizîndu-se cel mai frecvent la nivelul coloanei radiate. Apare mai ales la băieţi, cu debut clinic în primele luni ale vieţii, progresînd rapid către vîrsta de 6 ani. Faţa bolnavului are aspect de mască, cu mişcări de rotaţie a capului, nistagmus, tremurături intenţionale, lipsă de coordonare, sinchinezii şi mişcări involuntare, paralizie a muşchilor trunchiului, bazinului, membrelor inferioare, tulburări trofice şi vasomotorii. În general bolnavii trăiesc mult, decedînd din cauza unor boli întîmplătoare. (A.W.)

Penfield, simptomul; *forced thinking;* gîndire impusă; o formă a echivalenţei epileptoide în epilepsia Brade-Jackson. (A.W.)

Peron-Droquet-Coulon, sindromul; acropatia ulcero-mutilantă familială. Apare ca urmare a modificărilor morbide din cordoanele posterioare ale măduvei spinării. Se manifestă prin ulceraţii ale extremităţilor, cu îngroşarea articulaţiilor metatarso-falangiene, prin prezenţa de osteofite paraarticulare, ca şi prin modificări trofice ungheale; de asemenea prin lipsa reflexelor achiliene, tulburări de sensibilitate superficială şi profundă, astereognozie. (A.W.)

Perthes, boala; vezi boala Legg. (A.W.)

Petges-Clejat, boala; poikilodermatomiozită; *poikilodermatomyositis,* formă a poikilodermiei, la modificările atrofice cutanate adăugîndu-se şi simptome ale afectării musculare, sub formă de dureri şi limitare a mişcărilor deosebit de manifeste la muşchii cervicali, ai extremităţilor şi intercostali. Poate să apară o scleroză a ţesutului muscular, ca urmare a dezvoltării excesive a ţesutului fibroconjunctiv (poikiloscleromiozită).

Bibl. — PETGES A.: *Journées Dermat. Bordeaux,* 1950, 39. (A.W.)

Pette-Doering, boala; panencefalomielită; *panencephalomyelitis;* inflamaţie generalizată a encefalului şi măduvei spinării. Pe prim plan se situează tulburările psihice, apoi simptomele piramidale, rigiditatea musculară, hiperkinezia şi, în sfîrşit, simptomele bulbare.

Bibl. — HOFF H.: *Schweiz. Arch. Neur. Psych.*, 1953, 71, 1--2. (A.W.)

Petzetakis, boala; vezi boala Debré. (A.W.)

Petzetakis, boala; vezi boala Mollaret. (A.W.)

Peutz-Jegher-Touraine, complexul simptomatic; complexul simptomatic Hutchinson-Peutz-Weber; polipoza lentiginoasă, *lentigino-polyposis.* Descrisă de Peutz în 1921. Touraine a denumit acest complex simptomatic polipoză lentiginoasă, includzîndu-l în grupa ectodermozelor congenitale. Se caracterizează prin anomalii pigmentare ale mucoaselor şi pielii, concomitent cu polipoza tractului gastrointestinal, în special a intestinului subţire, cel mai frecvent jejunală. Anomaliile pigmentare sînt patognomonice pentru polipoza intestinală. Petele pigmentare de culoare

închisă apar independent de acţiunea razelor solare, în primul rînd pe buze, mai rar pe mucoasa jugală, dar pot exista şi pe faţă, în jurul gurii, pavilioanelor urechilor, nasului *(lentiginosis centrofacialis Touraine, éphélides inverses Siemens)*. În afara acestor localizări se mai observă hiperpigmentări pe suprafeţele de extensie ale articulaţiilor, pe conjunctive, pe fundul de ochi şi pe iris. Petele pigmentare pot exista din primii ani de viaţă, uneori chiar la nou-născuţi. Polipoza intestinală apare mai tîrziu (între 5 şi 30 de ani), ducînd uneori la simptome de ocluzie intestinală totală sau parţială sau de invaginare; deseori polipii prezintă degenerescenţă malignă. Trebuie reţinută similitudinea cu formele abortive ale bolii Recklinghausen.

Bibl. — KLOSTERMAN G. P.: *Arch. klin. exper. Derm.*, 1957, 206, 512. (A.W.)

Peyronie (La), boala; induraţia plastică a penisului *(induratio penis plastica)*; induraţia plastică a corpilor cavernoşi *(induration plastique des corps caverneux)*; descrisă în 1743. Constă în induraţia corpilor cavernoşi ai penisului (dezvoltarea ţesutului conjunctiv cicatriceal). Patogenie neclară. Boala are multe puncte comune cu boala Dupuytren (vezi). (D.B.)

Pfannenstiel, complexul simptomatic; icterul grav al nou-născuţilor *(icterus gravis neonatorum)*; *icterus gravis familiaris, habitualis icterus gravis* (Pfannenstiel), *morbus haemolyticus neonatorum, Kernicterus*. Descris de Lagreze în 1904, de Pfannenstiel în 1918. Icter grav progresiv al nou-născuţilor, ca urmare a imunizării mamei împotriva factorilor de grup şi a altor factori din sîngele copilului (sistemul Rh). Această denumire aproape că nu mai este utilizată de cînd Landsteiner şi Wiener au elucidat etiologia acestui complex simptomatic.

Simptome: icter hemolitic, care apare în primele ore de la naştere sau chiar în timpul naşterii, cu anemie gravă, eritroblastoză în tabloul sanguin, hepato- şi splenomegalie, diateză hemoragică, uneori edeme generalizate, simptome cerebrale, convulsii, tulburări de respiraţie, bilirubinemia mult crescută, rareori bilirubină în urină.

Este vorba de hemoliza sîngelui copilului, produsă de anticorpi care apar în sîngele mamei şi care intră în reacţie cu eritrocitele fătului. Acest proces produce în encefal colorarea în galben a nucleilor bazali *(Kernicterus)*. Eritroblastoza din sînge este expresia regenerării intensificate a sîngelui; poate însă să reprezinte o reacţie atipică din partea măduvei osoase.

Bibl. — WOLFF J.: *Erg. inn. Med.*, 1941, 60, 72. (A.W.)

Pfeiffer, boala; vezi boala Filatov. (A.W.)

Phillipson, reflexul încrucişat de extensie; *phénomène d'allongement croisé; crossed extension reflex*. Simptom de automatism medular, care se observă în caz de leziuni ale măduvii spinării. (A.W.)

Picard, simptomul: tahipsihie *(tachypsihie)*, „fugă" de idei ca formă a echivalenţei epileptice, în epilepsia Brade-Jackson. (A.W.)

Pick (1898), boala; afectează mai frecvent femeile în vîrstă de 45—60 de ani. Apare pe fondul atrofiei lobilor frontal şi temporal, de tipul „tăişului de cuţit" *(atrophy of the knife blade)*. Evoluează încet, cu tulburări ale funcţiilor psihice superioare (tulburări de memorie, de orientare în ambianţă, de asimilare a impresiilor noi), cele elementare fiind păstrate. Se asociază simptome neurologice plurifocale, sindroame afazice, ca verbigeraţia sau repetarea frecventă a aceluiaşi cuvînt. În perioadele tardive apar o labilitate excesivă, logoree, dispoziţie euforică sau, dimpotrivă, o scădere a impulsivităţii motorii, mutism, dispoziţie apatică. În sfîrşit, apar semne de debilitate mintală, de neputinţă motorie totală. Diagnosticul în timpul vieţii este dificil; în special este greu de a diferenţia boala Pick de debilitatea mintală senilă şi de boala Alzheimer. (A.W.)

Pick, boala; retinita caşecticilor *(retinitis cachecticorum)*, descrisă în anul 1901. Este vorba de o inflamaţie a retinei, caracterizată prin hemoragii, uneori în cantitate considerabilă, prin exsudat şi, uneori, printr-o figură stelată în jurul petei galbene. Se întîlneşte în anemia accentuată, în cloroză, la bolnavii caşectici, în special la canceroşi. Este produsă de anemie

Scanned with OKEN Scanner

sau de un factor toxic, aşa cum se consideră în ultima vreme.

Bibl. — PUŞCARIU şi NITZULESCU: *Brit. Journ. Ophthalm.*, 1931, 15, 697. (A.W.)

Pick, iluzii; în caz de focare în *tegmentum pontis* care ajung pînă la fundul ventriculului al IV-lea. Bolnavul vede cum persoanele care-l înconjură trec prin perete, se deplasează în spatele lui, par aplecate, strîmbate. Aceste iluzii sînt în legătură cu lezarea fasciculului longitudinal posterior, fiind expresia lipsei de coordonare dintre excitanţii vizuali şi cei vestibulari. Iluziile se însoţesc deseori de diplopie şi nistagmus. (A.W.)

Pick, simptomul; agnozia topografică; autopatognozia. Bolnavul nu este capabil să indice regiunile propriului său corp, să găsească extremitatea paralizată, greşeşte la determinarea jumătăţii drepte şi stîngi a corpului etc. (A.W.)

Pick, sindromul, boala; pseudociroza hepatică pericardică *(pseudocirrhosis hepatis pericardiaca Pick)*, descrisă în anul 1896. În urma unei pericardite exsudative, cel mai adesea tuberculoase, se formează întinse aderenţe pericardice, simfiză pericardică, iar uneori o cuirasă calcaroasă. Ca urmare se instalează insuficienţa funcţională a inimii cu îngreunarea refluxului sanguin din vene spre cavităţile drepte, ceea ce duce la stază în ficat. În funcţie de întinderea aderenţelor, staza venoasă se poate instala în vena cavă superioară, în vena cavă inferioară sau în amîndouă concomitent. Simptomatologia constă din tumefierea venelor cervicale, edem al feţei, pleoapelor, transsudat în cavităţile pleurale şi peritoneală, hepato- şi splenomegalie, edem al extremităţilor inferioare. De obicei cordul nu este mărit, şocul apexian nu se palpează, zgomotele sînt asurzite, inima nu-şi schimbă poziţia în legătură cu schimbarea poziţiei corpului. Presiunea venoasă este ridicată, curentul sanguin încetinit. Electrocardiograma indică leziuni miocardice difuze.

Bibl. — PICK F.: *Ztsch. Klin. Med.*, 1896, vol. 29, p. 336. (A.W.)

Pick - Herxheimer, boala; dermatita atrofică progresivă *(dermatitis atrophicans progressiva)*. Primele descrieri ale bolii au fost făcute de Buchwald (1868) şi Pick (1894 — *erythromelia*), Kaposi (1897), Herxheimer şi Hartmann (1903), accentuîndu-se asupra caracterului inflamator al bolii. Pe baza rezultatelor pozitive ale inoculării la oameni a ţesuturilor patologic modificate se presupune natura infecţioasă a bolii (Tyrson, Marchionini). În acelaşi sens pledează şi rezultatele pozitive ale antibioterapiei. Boala debutează prin apariţia de leziuni cutanate eritematoase, infiltrate, care treptat se atrofiază, se subţiază, se zbîrcesc. Prin pielea atrofiată transpar vasele sanguine. Modificările patologice apar iniţial pe părţile distale ale extremităţilor (mîini, picioare), iar de aici progresează centripet, cuprinzînd uneori întinse suprafeţe cutanate. Starea generală a bolnavilor se menţine bună. La aceştia se pot pune în evidenţă: benzi infiltrate de-a lungul tibiei şi cubitusului, noduli fibroşi în regiunea articulaţiilor şi a pielii atrofiate, induraţii fibroase alungite, amintind sclerodermia (pseudosclerodermie).

Bibl. — MIZINIAK J.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1957, 756. (A.W.)

Piechini, sindromul; există în tripanosomiază şi constă din inflamarea seroaselor, uneori chiar şi a meningelor, tecii Schwann, ca şi a membranelor sinoviale. (A.W.)

Pierson, boala; osteocondrita pubiană *(osteochondritis ossis pubis)*, descrisă în anul 1929. Este o necroză subcartilaginoasă aseptică a osului pubis. (A.W.)

Pietrantoni, complex simptomatic; descris în 1948. Include simptomele neurologice care însoţesc tumorile maligne ale celulelor etmoidale sau sinusurilor maxilare. Este vorba de o nevralgie a nervului trigemen, uneori cu hipo- sau anestezia unor porţiuni limitate din piele sau mucoase. Tulburările sînt în funcţie de localizarea tumorii: 1) tumoarea localizată în fundul sinusului maxilar provoacă tulburări în regiunea apofizei alveolare superioare şi a vestibulului cavităţii bucale (nervul alveolar superior); 2) tumoarea situată în partea superioară a sinusului maxilar provoacă tulburări în regiunea pleoapelor,

Scanned with OKEN Scanner

obrajilor, buzei superioare şi a pliului nazo-labial (nervul infraorbitar); 3) tumoarea de pe peretele lateroposterior al sinusului maxilar se însoţeşte de dureri şi tulburări de sensibilitate a obrajilor, buzei superioare, părţii posterioare a apofizei alveolare superioare şi a molarilor superiori (nervul infraorbitar; nervul alveolar posterior superior); 4) tumoarea situată în celulele etmoidale anterioare duce la tulburări în regiunea unghiului intern al ochiului, treimii superioare a nasului, mucoasei părţii anterioare a peretelui nazal lateral şi a septului nazal (nervii nazali extern şi intern); 5) tumoarea celulelor etmoidale posterioare duce la dureri şi tulburări de sensibilitate paraorbitare, în regiunea osului temporal şi a osului zigomatic, otalgii. Acest complex simptomatic apare ca urmare a compresiunii tumorale asupra filetelor nervoase respective, ceea ce face posibilă localizarea exactă a tumorii.

Bibl. — PIETRANTONI L.: *Arch. Stal. Otol.*, 1948, vol. 59, p. 105. (A.W.)

Pietrowski (1913), reflex al tricepsului gambei; descris de Witek (1905) ca *soletoe-flexion phenomen*, de Reimer (1921) ca *Tiefenreflex an der Fussohle*. Flectare plantară a labei piciorului, ca urmare a lovirii pe faţa anterioară a gambei, între tuberozitatea tibială anterioară şi capul peroneului. Se consideră că prezintă aceeaşi semnificaţie clinică, ca şi reflexul Babinski sau reflexul Rossolimo. Într-adevăr el indică o hiperreflexivitate a tricepsului gambei. Semionkin l-a pus în evidenţă la schizofrenici, fapt pentru care consideră că în schizofrenie ar exista leziuni ale căilor piramidale. (A.W.)

Piltz, reflexul de atenţie; încordarea bruscă a atenţiei provoacă modificări ale diametrului pupilelor. (A.W.)

Piltz, reflexul palpebro-pupilar; îngustarea pupilei în momentul în care examinatorul provoacă inhibarea activă a închiderii fantei palpebrale a bolnavului; este expresia numărului excesiv de impulsuri, care pleacă de la nucleii nervilor al VII-lea şi al III-lea cranieni. Prezenţa reflexului atestă integritatea sfincterului pupilar.

Bibl. — PILTZ J.: *Gaz. Lek.*, 1902. (A.W.)

Piltz-Westphal, simptomul; vezi simptomul Westphal-Piltz. (A.W.)

Pines, simptomul; simptom cutaneosternal: răcirea şi uneori pălirea pielii din regiunea toracică corespunzătoare peretelui anterior al inimii, curînd după producerea unui infarct miocardic; persistă timp îndelungat (săptămîni şi chiar luni). (A.W.)

Pinkus, complexul simptomatic; alopecia mucinoasă sau mucinoza foliculară (*alopecia mucinosa s. mucinosis follicularis, mucophanerosis intrafollicularis et seboglandularis* Braun-Falco); de etiologie necunoscută. Alopecie areolară, produsă de apariţia mucinei în foliculii piloşi. În regiunea pielii cu aspect modificat se observă procese inflamatoare de diferite grade.

Bibl. — PINKUS: *Arch. Dermat.*, 1957, 76, 419. (A.W.)

Pinkus, *eccrine poroma;* tumoare benignă, descrisă în anul 1956. De obicei formaţiune unică, măsurînd de la 2 la 12 mm şi mai mult, care se localizează îndeosebi plantar sau pe suprafaţa plantară a degetelor. Clinic, tumoarea seamănă foarte mult cu o verucă seboreică sau cu un epiteliom bazocelular. De consistenţă suficient de dură, ea este bine delimitată faţă de ţesuturile înconjurătoare şi nedureroasă. Tabloul histologic este foarte caracteristic: prezenţa de celule provenind din canalele excretoare ale glandelor sudoripare.

Bibl. — PINKUS, RUGIN J. R., GOLDMAN P.: *Arch. Dermat.*, 1956, 74, 511. (A.W.)

Pinkus, tumorile fibroepiteliale; *fibroepithelial tumors*. Reprezintă o varietate rară a epiteliomului bazocelular, care seamănă foarte mult cu veruca seboreică, cu localizare pe faţă, trunchi şi care se încadrează în stările precanceroase. Diagnosticul poate fi stabilit exclusiv prin examen histologic. Tumorile reprezintă o varietate a nodulilor fibroşi denumiţi de Michelson *fibrosis nodularis subepidermalis;* vezi *fibrosis nodularis subepidermalis* Michelson. (A.W.)

Piper, complexul simptomatic; descris în anul 1954. Se caracterizează prin apariţia simultană a defectului vizual (astig-

matism), bronşiectaziei şi a unghiilor în forma de sticlă de ceasornic. Cauza pare să fie o boală de sistem cu tulburări trofice.

Bibl. — PIPER: *Klin. Monatsbl. Augenhk.*, 1954, 124, 188. (A.W.)

Piskaček, simptomul; simptom precoce de sarcină, constînd în mărirea inegală, asimetrică a unuia din cornurile uterine, în care s-a fixat oul, ceea ce duce la o formă neregulată, caracteristică a uterului. În ultimul timp se admite drept cauză a acestei modificări nu numai hiperemia şi mărirea de volum a acestei porţiuni a uterului, în legătură cu nidarea oului în această regiune, ci influenţa hormonală locală a epiteliului corionului, care, pe lîngă mărirea volumului muşchilor uterini, produce scăderea tonusului uterului în respectiva porţiune.

Bibl. — DOEDERLEIN G., MESTWERDT G.: Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik und Untersuchungslehre, Leipzig, 1950. (A.W.)

Pitres, simptomul; deplasarea apendicelui xifoid spre stînga sau spre dreapta liniei care uneşte mijlocul marginii superioare a manubriului sternal cu mijlocul simfizei pubiene. Se observă în exsudatele pleurale. (A.W.)

Pitres, simptomul; hiperestezie cutanată scrotală, în tabes. (A.W.)

Plaut-Vincent, angina; angina Plaut; *a. ulceromembranacea; a. necroticans; a. fusobacillaris* Plaut-Vincenti; descrisă în 1894 de Plaut şi în 1896 de Vincent. Exulceraţia unilaterală, de obicei crateriformă, localizată la polul superior al amigdalei, acoperită de un depozit albicios, uşor detaşabil. Marginile exulceraţiei nu sînt infiltrate, fiind uşor reliefate peste suprafaţa amigdalei. Boala are tendinţă la involuţie spontană. Este vorba de o angină necrotică, produsă de simbioza dintre spirochete şi bacilii fuziformi Plaut-Vincent *(Spirocheta denticula, bacillus fusiformis)*.

Bibl. — VINCENTI: *Dtsch. Med. Wschr.*, 1905, 28. (A.W.)

Plaut-Vincent, stomatita; vezi angina Plaut-Vincent. (A.W.)

Plesch, simptomul; vezi simptomul Jendrassik. (A.W.)

Plummer-Vinson, sindromul; sindromul Kelly-Paterson; sindromul Waldenström-Kjelberg. Modificări atrofice ale mucoasei cavităţii bucale, faringiene şi esofagiene. Printre cauze se indică hipervitaminoza B, cu toate că unii autori consideră fenomenele de hipovitaminoză drept secundare tulburărilor digestive. S-a subliniat de asemenea faptul că acest sindrom apare destul de frecvent la femeile cu tumori ale cavităţii bucale şi ale căilor respiratorii superioare (Ahlbom). Se observă în boala Addison-Biermer şi boala Heim-Faber. S-a emis părerea că ar fi vorba de o stare precanceroasă. Sindromul constă din anemie hipocromă, atrofie linguală (limba de tip Hunter), tulburări ale tractului digestiv (mai frecvent hipoaciditate), uneori modificări ungheale *(keilonychia)*.

Bibl. — CHEDZKO W.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1946, vol. 28. (A.W.)

Poetzl, crize ale arterei carotidiene *(crisis art. carotis)* în hipertensiunea arterială. Tulburări vizuale de partea unde există insuficienţa funcţională a arterei. Apar stele şi puncte luminoase în faţa respectivului ochi şi parestezii ale comisurii bucale sau ale jumătăţii corpului, de partea opusă.

Bibl. — POETZL O.: *Med. Klinik*, II, 1927. (A.W.)

Pollizzari, anetodermia eritematoasă; descrisă în 1884. Debutează cu urticarie nepruriginoasă.

Bibl. — JOULIA, COULANT DE: *Arch. Derm. Syph.*, 1944, 238. (A.W.)

Pompe-Bischoff, sindromul; glicogenopatia cardiacă; descrisă în 1932. Este o varietate a hipertrofiei spontane a inimii, cu depunere abundentă, ireversibilă de glicogen în miocard. Simptomele clinice survin între a 2-a şi a 6-a lună de viaţă şi constau din scăderea apetitului şi lipsa creşterii ponderale. Apar apoi crize de asfixie, cianoză, limba se hipertrofiază, atîrnînd afară din gură; pot apărea edeme, vărsături. Obiectiv se constată: copil distrofic, cu cord gigantic, activitate cardiacă accelerată, deseori suflu sistolic la vîrful inimii. Electrocardiograma arată modificări ale miocardului. Prin biopsie de miocard se pune în evidenţă conţinutul crescut de glicogen. Prognos-

Scanned with OKEN Scanner

ticul este grav, moartea producîndu-se de obicei în primul an de viaţă.

Bibl. — WILAND-ZERA A.: *Postepy Kardiologii*, 1957, 5, 83. (A.W.)

Popov, simptomul; constă din închiderea treptată a pleoapei superioare, în timpul în care bolnavul urmăreşte cu ochii vîrful degetului care se deplasează de sus în jos. Simptomul apare datorită tonusului crescut al muşchilor ridicători ai pleoapei superioare şi datorită rezistenţei opuse de examinator. Se întîlneşte în boala Basedow. (A.W.)

Popper-Marcus, simptomul; vezi simptomul Jendrassik. (A.W.)

Porges, simptomul; dureri musculare în regiunea apicală a plămînilor, la apăsare. Se observă în pleurita apicală. (A.W.)

Posadas, boala; granulomul coccidioidal; coccidioidoza; coccidioidomicoza, febra din valea San Jeaquin. Descrisă în 1894. Este produsă de ciuperca *Coccidioides immitis*. Se întîlneşte aproape exclusiv în partea de Nord a Californiei, rareori în Argentina. Aspectul complexului simptomatic este de pneumopatie cu simptome de bronhopneumonie şi pleurită, de asemenea cu modificări patologice cutanate, cu formare de papule şi tuberculi, care se ulcerează şi se necrozează. În forma uşoară vindecarea se produce după cîteva săptămîni; la o parte din cazuri se asociază simptome neurologice, sub forma de meningită cerebro-spinală, de asemenea simptome articulare şi osoase.

Bibl. — CONANT F. şi colab.: Manual of Clinical Mycology, 1954. (A.W.)

Posadas-Wernicke, boala; coccidioidoza; reprezintă denumirea comună a două boli: 1) coccidioidoza produsă de *Coccidioidosis immitis* — vezi boala Posadas; 2) paracoccidioidoza — vezi boala Lutz-Splender de Almeidy. (A.W.)

Posner-Schlossman, complexul simptomatic; complexul simptomatic Kraup-Posner-Schlossman; glaucom alergic *(glaucoma allergicum); syndrome of glaucomatocyclitis crises; Sympaticusglaukom.* Descris de Streif (1919), Terie şi Feil (1929), Kraup (1935), Kronfeld (1944); drept complex simptomatic a fost descris de Posner şi Schlossman (1948). Apare unilateral. Afectează întotdeauna acelaşi ochi, la vîrstă medie, mai frecvent la bărbaţi. Se caracterizează prin creşterea tensiunii intraoculare cu precipitate pe membrana Descemet, iar uneori printr-o neînsemnată dilatare a pupilei, cu reflexele păstrate. După cîţiva ani, apare decelarea irisului. În timpul accesului, semnele subiective sînt puţin manifeste şi neproporţionale cu tensiunea intraoculară: o anume neliniște, apariţia de cercuri irizate în jurul surselor de lumină şi vederea ca prin ceaţă. Nu sînt dureri, nici greţuri; ochiul este palid. Criza durează pînă la două săptămîni, iar precipitatul dispare în decurs de cel mult o lună. Crizele apar la intervale de timp diferite (cu întreruperi de la 2 săptămîni la 9 ani), cu intensitate diferită, în decursul anilor devenind mai rare. În pauza dintre crize, simptomele subiective lipsesc cu desăvîrşire. Cu toate că tratamentul medicamentos duce deseori la scăderea tensiunii intraoculare, el nu întrerupe criza şi nici nu previne pe cele ulterioare. Tratamentul chirurgical este contraindicat. Prognosticul este favorabil. Etiologia este necunoscută. Drept cauze au fost incriminate edemul alergic al corpului ciliar, lezarea hipotalamusului în combinaţie cu labilitatea sistemului vegetativ periferic ocular, infecţia de focar. Se consideră că este vorba de o formă intermediară între glaucomul primar şi cel secundar.

Bibl. — OROWSKI W. I., MICHNIOWSKA-LEONOWICZ I.: *Klinika Oczna*, 1959, 29. (A.W.)

Pospischill, boala; stomatita aftoasă *(aphtoid, stomatitis aphtosa).* Descrisă în 1911. Se întîlneşte la copii în bolile infecţioase acute, caracterizîndu-se prin debut brusc şi evoluţie acută. Pe buze şi în jurul lor, precum şi pe mucoasa cavităţii bucale apar brusc, pe fond eritematos, vezicule multiple, care se sparg repede şi se acoperă cu cruste sau cu o pseudomembrană, evoluînd spre periferie. Uneori procesul patologic afectează şi conjunctiva, mucoasa vulvară (vulvită). Drept cauză este considerată infectarea cu virus herpetic obişnuit *(virus herpes simplex).*

Bibl. — JASIŃSKA-SOSINSKA: *Czas. Stomat.*, 1952, 5, 2, 40. (A.W.)

Potain, sindromul; stază sanguină în ventriculul drept şi în plămîni, în cazurile de îmbolnăvire a stomacului şi a căilor biliare, însoţite de dureri mari. După toate probabilităţile, mecanismul este reflex. (A.W)

Poth, boala; keratoacantomul *(molluscum sebaceum, molluscum pseudocarcinomatosum).* Descris între 1930 şi 1939. De etiologie probabil virotică, fapt pentru care pledează granulaţiile observate la microscopul electronic, care seamănă cu granulaţiile din *molluscum contagiosum.* La apariţia bolii contribuie acţiunea gudronului şi a uleiului. Clinic se manifestă printr-un nodul, de obicei solitar, de consistenţă dură, de formă sferică, cu o adîncitură crateriformă, din care proemină o tijă cornoasă. Nodulul este înconjurat de un burlet. Se măreşte rapid, iar peste 2—4 luni dispare spontan, lăsînd în urmă o mică cicatrice deprimată. Diagnosticul se bazează pe examenul histologic.

Bibl. — RYLL-NARDZEWSKI C., KUDEJKO J.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1958, 5, 531. (A.W.)

Pott, boala (morbul); *spondylitis tuberculosa;* proces tuberculos evolutiv al uneia sau mai multor vertebre, cel mai deseori în porţiunea toracică sau lombară a coloanei vertebrale, cu durere locală în regiunea vertebrelor lezate, imobilizarea lor, tendinţă la apariţia aşa-numitelor abcese reci şi a cifozei. (A.W.)

Pottenger I, simptomul; constatarea cu ajutorul palpării a rigidităţii muşchilor intercostali, în cazurile de inflamaţii pulmonare şi pleurite. (A.W.)

Pottenger II, simptomul; punerea în evidenţă de partea bolnavă, în pleurita apicală recidivantă, a unui tonus crescut a muşchilor cervicali, în special a muşchilor scaleni şi a muşchiului sterno-cleido-mastoidian. (A.W.)

Preiser, boala; osteocondrita osului navicular al corpului; boala Mouchet (în Franţa). Descrisă în 1911. Durere, edematiere şi rigiditate a articulaţiei radiocarpiene, apărînd posttraumatic. Radiografia arată focare de osteoporoză şi osteoscleroză, uneori pare să se vadă şi o fisură osoasă îngustă. Boala seamănă cu fenomenele morbide ale osului semilunar, dar se întîlneşte mult mai rar.

Bibl. — SMETS A.: *Scalpel,* 1937, 2, 87. (A.W.)

Prevost, simptomul în hemiplegie, devierea asociată a capului şi globilor oculari spre partea focarului morbid. „Bolnavul îşi priveşte leziunea". (A.W.)

Pringle, boala; adenoame sebacee de tip Pringle; *naevus multiplex Pringle,* adenoame sebacee angiomatoase, adenom seboreic. Descrisă în 1890. Se asociază adeseori cu boala Bourneville (gliomatoză în focar, debilitate mintală, epilepsie). Boala este congenitală. Leziunea are caracter de nev pigmentar şi constă dintr-o formaţiune adenomatoasă cu vase sanguine dilatate; localizarea de predilecţie este pe feţele laterale ale nasului, în şanţurile nazo-geniene, pe bărbie şi pe frunte. Sînt de asemenea caracteristice fibroamele pediculate *(molluscum pendulum),* nodozităţile paraungheale (aşa-numitele nodozităţi Kennen), modificările mucoaselor, în special ale celei bucale; uneori există şi modificări miocardice, renale, osoase, pulmonare, oculare. Datorită culorii elementelor eruptive, boala Pringle este denumită „varietatea roşie" a adenoamelor sebacee.

Bibl. — PAWZOWSKI ST.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1955, 1, 15. (A.W.)

Pringle, complexul simptomatic; *steatocystomatosis multiplex;* boala polichistică sebacee ereditară Sezary; chisturi cutanate foliculare multiple (Boselini); nevi chistici polisebacei (Lisi). Descris în 1899. Debutează imediat după naştere sau la adolescenţă. Etiologia este necunoscută. Tumorete chistice mici, uneori multiple, în zonele de lanugo, cu conţinut uleios, cenuşiu. Pe suprafaţa lor pielea este nemodificată.

Bibl. — NOOJIN R., REYNOLDS P.: *Arch. Derm. Syph.*, 1948, 57, 6, 10, 3. (A.W.)

Prinzmetal-Massumi, sindromul peretelui anterior toracic. Dureri toracice, amintind de durerile coronariene; descris în 1951. Dureri precordiale şi sternale care durează ore, fără iradiere caracteristică, sialoree, transpiraţii, care se amendează treptat după administrarea de substanţe analgezice (nitroglicerina este fără efect

Scanned with OKEN Scanner

în aceste cazuri); emoţiile contribuie la apariţia bolii. Electrocardiograma (atît în timpul accesului, cît şi după aceea) nu indică modificări caracteristice de infarct. Cel mai adesea se observă la persoane în vîrstă de la 30 la 70 de ani, la cîteva săptămîni sau luni după un infarct miocardic. Cauza este nelămurită. Prognosticul este incert.

Bibl. — FEJGIN M.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1957, 48, 1 852. (A.W.)

Prof ichet, complexul simptomatic; calcinoza circumscrisă; *pierres de la peau, diabète phosphatique, Kalkgicht, Hautsteine*. Descris în 1890. Constă din depunerea de săruri de calciu în piele şi în ţesutul celular subcutanat, la extremităţi, îndeosebi în regiunea marilor articulaţii şi a degetelor. Boala pare să aibă un caracter de sistem.

Bibl. — STEINITZ H.: *Erg. inn. Med.*, 1931, 39, 216. (A.W.)

Prusak (1950), simptomul; în procesele care comprimă măduva spinării. Apariţia durerii la nivelul leziunii, în cazul rotării extremităţilor în afară sau înlăuntru, adică în legătură cu elongaţia rădăcinilor. (A.W.)

Puente, boala; cheilita glandulară simplă; inflamaţia simplă a glandelor salivare aberante. Descrisă în 1927. În urma dezvoltării anormale, care constă în deplasarea glandelor salivare de pe mucoasa cavităţii bucale în zona intermediară Klein, cel mai adeseori pe buza inferioară, mai rar pe ambele pot apărea inflamaţii ale acestor glande, sub aspectul de mici pete roşii sau roşii-violacee, de mărimea unei seminţe de mac. Tracţiunea şi apăsarea buzei duc la apariţia pe suprafaţa petelor a unei picături de mucus (simptomul „de rouă"). Durerea lipseşte. Boala este pusă în evidenţă întîmplător. Se deosebesc tipurile: elefantiazic, keratozic şi leucoplazic.

Bibl. — MICHAOWSKI R.: *Czas. Stom.*, 1951, 4, 7, 185. (A.W.)

Purtscher, boala; angiopatia traumatică a retinei; descrisă de Jakobi în 1868, Eales în 1882, de Liebrecht în 1906—1912, amănunţit de Purtscher în 1910—1912. Apare la 3—6 zile (pînă la 21) după un traumatism, sub formă de mici hemoragii şi focare albe (cu diametru de 1/51 parte din diametrul papilei nervului optic), care sînt dispuse de-a lungul venelor, în jurul petei galbene (în interiorul petei nu se observă niciodată, mai frecvent constatîndu-se un edem al petei), în straturile externe ale retinei. Este caracteristică posibilitatea resorbirii spontane totale a focarelor şi a dispariţiei simptomelor clinice, cu tendinţă la recidive. Concomitent se observă embolii în alte organe, ca plămîni, creier, rinichi (cu toate că pot evolua aproape asimptomatic). Simptomele subiective oculare constau din scăderea importantă a acuităţii vizuale şi din modificări ale cîmpului vizual. Drept cauză se indică cel mai adesea emboliile grăsoase, în urma fracturilor oaselor lungi şi postoperatorii.

Bibl. — HRYNIEWSKA H.: *Klinika Oczna*, 1952, 22, 31. (A.W.)

Putnam-Schulze (1880), boala; brahialgia parestezică nocturnă; *syndroma acroparaesthesiae; brachialgia statica paraesthetica; morning numbness; nyctalgies paresthésiques; chirobrachialgies paresthésiques*. Acroparestezii nocturne ale extremităţilor superioare, sub formă de accese. Etiopatogenia bolii nu este stabilită. (A.W).

Putti, boala; *syndroma Putti; syndroma vertebralia;* sindrom vertebral Putti; *primäre Entartung einzelner Bandscheiben*. Descrisă în 1933. Constă din degenerescenţa primară a discurilor intervertebrale, de obicei a unuia. Boala evoluează cronic, cu dureri în regiunea lombară, care iradiază în extremităţile inferioare, amintind sciatica cu durerile sale ciclice. Etiologia este infecţioasă, cu toate că nu este exclusă posibilitatea microtraumatismului.

Bibl. — RUGE E.: *Chirurgie*, 1948, 3, 388. (A.W.)

Puusepp (1923), simptomul; în îmbolnăvirile *globus*-lui *pallidus*. Fricţionarea marginii externe a plantei duce la devierea laterală tonică a degetului al 5-lea. (A.W.)

Puusepp, simptomul; în sciatică. O pigmentaţie precoce, intensă a pielii, pe traiectul trunchiurilor nervoase *(n. clunium, n. cutaneus femoralis post., n. cutaneus lateralis surae)*. (A.W.)

Q

Queckenstedt, simptomul; dependența presiunii lichidului cefalorahidian de sistemul venos al creierului. În condiții fiziologice, prin compresiunea venelor jugulare presiunea acestuia crește (în timpul activității spinocerebrale lichidul curge mai repede). (D.B.)

Quervain, boala; tenosinovita stenozantă cronică *(tendosynovitis stenosans chronica).* Se dezvoltă consecutiv hipertrofiei tecii sinoviale a tendonului lungului abductor și scurtului flexor al halucelui, la nivelul apofizei stiloide. Se observă cel mai frecvent la femei de 40—50 de ani, care fac muncă fizică. Simptomele: durere la nivelul apofizei stiloide a radiusului, care iradiază spre haluce și antebraț. La palpare se observă o formațiune mică ovală, uneori de dimensiunea unei alune mari, adiacentă osului. Mișcările degetului mare, în special abducția și extensia, produc dureri intense. Etiologia este probabil traumatică.

Bibl. — HAGGART J., WINTER G.: *Surg. Clin. North. Amer.,* 1948, 6, 81. (D.B.)

Quervaine, boala; tiroidita nepurulentă *(thyreoiditis non purulenta);* tiroidismul subacut gigantocelular *(thyreoidismus subacutus gigantocellularis);* tiroidita pseudotuberculoasă *(thyreoiditis pseudotuberculosa);* tiroidita nesupurată acută, subacută și cronică. A fost descrisă de Mygint în 1912. Quervaine a descris tabloul anatomopatologic. Inflamația glandei tiroide, cu evoluție acută, subacută și cronică, începe cu temperatură ridicată, durere intensă cu iradiații în urechi, ceafă, mandibulă. Leucocitoza este mare, viteza de sedimentare a hematiilor accelerată. Glanda tiroidă este edematoasă, dură, dureroasă. Microscopic se observă hiperplazie epitelială și infiltrație cu leucocite, limfocite și plasmocite. În stadiile mai tardive apare fibroză. Boala poate dura cîteva luni. Uneori se dezvoltă hipofuncția tiroidei. Cauza bolii nu este cunoscută; se presupune o etiologie virotică. (D.B.)

Queyrat boala; eritroplazia *(erytroplasia);* descrisă în 1914. Se încadrează în bolile precanceroase ale pielii; se localizează cel mai frecvent la nivelul organelor genitale la bărbat (pe prepuț și gland) și femeie (vagin), sub formă de pete cu suprafața strălucitoare; cu timpul se transformă în carcinom spinocelular. Se aseamănă histologic cu boala Bouin. Trebuie diferențiată de „balanopostita cronică circumscrisă" benignă.

Bibl. — TOWPIK J.: *Przegl. Derm.,* 1951, 1, 337. (D.B.)

Quincke, edemul; boala Bannister; urticaria gigantă *(Riesenurtikaria)* Milton; edemul angioneurotic *(oedema angioneuroticum)* Quincke; edem cutanat circumscris acut *(oedema cutis circumscriptum acutum);* edem gigant *(gigant swelling);* angioneuroza cutanată *(angioneurose cutanée);* edem angioneurotic circumscris *(zircumskriptes angioneurotisches Oedem);* descris de Milton în 1876 și de Quincke în 1882. Este o nevroză vasomotorie localizată, de origine alergică (alergie alimentară, mai rar bacteriană). Clinic seamănă cu urticaria. Simptome: puseuri de edem limitat, cel mai des la față, senzație de arsură, prurit, cefalee. Țesuturile edematoase sînt nedureroase, pielea nu este hiperemiată, presiunea nu lasă godeu. Este de durată scurtă, poate recidiva. Se observă mai frecvent la femei. Prognosticul depinde de cauza și localizarea edemului (de exemplu edemul corzilor vocale poate produce moarte prin asfixie). (D.B.)

Quinquaud, celulomul epitelial eruptiv *(cellulome épithélial éruptif);* vezi Jacquet și Darier, boala. (D.B.)

Quinquaud, simptomul; în alcoolism: tremurătura degetelor, decelabilă de către examinator cînd bolnavul își pune mîinile peste mîinile acestuia. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

R

Rademaker-Garcin, simptomul; proba de adaptare statică, în tulburările labirintice. Rotaţia rapidă a bolnavului nu-i produce reacţia de sprijin pe extremităţi, în caz de lezare bilaterală sau unilaterală neînsemnată a labirintului. În timpul rotaţiei lente, aceste reacţii sînt păstrate. Simptomul se observă cel mai bine pe masa mobilă. (A.W.)

Raeder, complexul simptomatic; *paratrigeminal paralysis of oculo-papillary sympathic; disturbance of the oculo-papillary fibres associated with an incomplete Horner syndrome;* sindromul simpatic paratrigeminal; descris în 1918. Constă din căderea pleoapelor şi îngustarea pupilei, însoţite de dureri oculare şi în regiunile învecinate. Se întîlneşte mai frecvent la bărbaţi de vîrstă mijlocie (30—60 de ani). În anamneză se consemnează deseori hipertensiune arterială şi migrene. Prognosticul este favorabil, tulburarea fiind tranzitorie. Diagnosticul diferenţial trebuie făcut cu complexul simptomatic Horner (vezi). Se aseamănă cu complexul simptomatic Horton (vezi).

Bibl. — SAMITH J. L.: *Amer. Journ. Ophth.*, 1958, 194, 46. (A.W.)

Raimiste, simptomul; în hemipareză. Dacă mîinile şi antebraţele sînt aşezate în poziţie verticală faţă de coatele sprijinite de masă, de partea bolnavă mîna cade brusc spre braţ; ca urmare a tonusului crescut de partea paralizată. (A.W.)

Raimiste, simptomul; în hemipareze. Cînd bolnavul întinde braţele în faţă, avînd ochii închişi, de partea parezei extremitatea cade spre mînă, în poziţie de flexie palmară. (A.W.)

Raimiste, simptomul; în hemiplegie. În caz de abducţie a ambelor coapse, examinatorul susţinînd coapsa sănătoasă, se observă adducţia coapsei paretice; şi invers, adducţia coapselor şi susţinerea coapsei sănătoase duce la abducţia coapsei paretice. (A.W.)

Ranke, sindromul, complexul tuberculos primar; sindromul pulmonar tuberculos primar; tuberculoza primară pulmonară şi a limfoganglionilor regionali; descris în 1876 de Parrot. Constă din: 1) focar pulmonar, care este o inflamaţie tuberculoasă cazeoasă bronhogenă a plămînilor *(focus primitivus);* 2) adenopatie traheobronşică; 3) inflamaţie specifică a vaselor limfatice care unesc limfoganglionii măriţi cu focarul pulmonar. Apare şi evoluează cel mai adeseori fără simptome clinice. Acestea (stare subfebrilă, anorexie, tuse, dispnee discretă) se observă la copiii mici pînă la 2—3 ani. În majoritatea cazurilor se produce vindecarea (A.W.)

Ransome (1958), reflexul; *the great toe jerk;* reflex tendinos cu punctul de plecare la muşchiul lung extensor al haluxului, arcul reflex corespunzînd segmentului medular L_{4-5}. Reflex fiziologic; el este absent în polinevrită, tabes, poliomielită şi în caz de herniere a nucleului pulpos din spaţiul intervertebral L_{4-5}. Se provoacă la bolnavul culcat pe spate: examinatorul pune degetul pe falanga terminală a haluxului, pe care-l loveşte cu ciocanul. Se produce o flectare dorsală a haluxului.

Bibl. — RANSOME G. A. — *Brit. med. Journ.*, 1958, 5 095, 548. (A.W.)

Rava (1921), reflexul; *riflesse periosteo del calagno.* Extensia subită a extremităţilor inferioare, care precede contracţia flexorilor gambei, după percuţia suprafeţei anterioare a astragalului. Nu are o mare valoare diagnostică. (A.W.)

Ravin-Pecher, complexul simptomatic; artromalacie distrofică osteoligamentară familială ereditară. Descris în 1941. Simptome: deformarea oaselor degetelor, lărgirea falangelor distale, subluxaţia degetelor mari de la mîini, deseori în asociaţie cu picior plat (complex simptomatic de osteopatie care afectează spongioasa osu-

lui). Uneori se observă osteoporoză, formare de chisturi osoase fără reacţie periostală. Ulterior apar cifoza, uneori considerabilă, articulaţiile genunchilor în formă de X, atonia marcată a ligamentelor articulare. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — RAVIN D., PECHER A.: *Presse Méd.*, 1941, 12, 1 343. (A.W.)

Rayer, *pityriasis linguae;* vezi *lingua geografica* Bergeron. (A.W.)

Raymond, boala; forma caşectică a polinevritei de origine alcoolică; pe lîngă simptomele neurologice tipice se observă o epuizare generală care progresează rapid. (A.W.)

Raymond-Cestan, sindrom; în caz de leziuni encefalice localizate în *tegmentum pontis.* Paralizie vizuală de partea focarului patologic, uneori cu afectarea perechii a V-a de partea opusă.

Bibl. — RAYMOND CESTAN: *Gaz. Hôp.*, 1903, 829. (A.W.)

Raynaud-Leriche-Lafontaine, sindromul aparent sau simptomatic; poate fi unilateral, în legătură cu leziuni vasculare sau nervoase. Se observă în siringomielie, polinevrită, mai rar în hemiplegie, epilepsie, boala Parkinson, tabes. (A.W.)

Recklinghausen, boala; complexul simptomatic Engel; *osteitis fibrosa cystica generalisata; osteosis parathyreoidea;* hiperparatiroidism. Simptome: decalcifiere osoasă, subţierea corticalei, lărgirea canalului medular, tumori osoase *(osteoclastoma)* care prezintă apoi degenerescenţă chistică. Sînt frecvente fracturile şi deformările idiopatice ale oaselor. Hipercalcemie, hipofosfatemie, fosfataza alcalină scăzută. În rinichi şi în căile renale se depun săruri de calciu şi se formează calculi care duc uneori la insuficienţă renală. Sărurile de calciu se pot depune şi în alte organe. Patogenic este vorba de hiperfuncţia glandelor paratiroide, care duce la tulburarea metabolismului fosfo-calcic, al cărui echilibru devine negativ. (A.W.)

Recklinghausen (1882), boala; *neurinomatosis Verocay; neurofibromatosis; molluscum fibrosum;* neurofibromatoza Recklinghausen. Boala are deseori caracter congenital. Apare imediat după naştere sau în copilărie, uneori la adulţi, ca viciu de dezvoltare sau ca urmare a tulburărilor endocrine. În piele se decelează formaţiuni tumorale cu caracter de fibroame, neurofibroame şi nevroame moi. Se remarcă tulburări de pigmentaţie sub forma de nevi pigmentari congenitali lenticulari *(lentigines),* tulburări ale sistemului nervos central şi periferic (nevroame, gliomatoză) şi anomalii osoase. În caz de formare a nodulilor în rădăcinile nervoase, în măduva spinării şi în nervii cranieni, se observă simptome neurologice. Forma abortivă a bolii Recklinghausen este reprezentată de boala Leschke, pete pigmentare cutanate multiple, cu hiperglicemie şi astenie generală.

Bibl. — PERIN L.: *Nouvelle Pratique Dermatologique,* Paris, 1936. (A.W.)

Redlich, simptomul; descris în 1908. Constă din dilatarea spontană a pupilelor. Este urmarea încordării puternice a muşchilor. Nu are valoare diagnostică, întrucît apare în cazurile de nelinişte fiziologică a pupilelor, cu toate că Redlich susţine că se întîlneşte exclusiv la isterici şi nevropaţi.

Bibl. — REDLICH: *Ztschr. Augenhk.*, 1908, 19, 171. (A.W.)

Redlich (1927)**-Flatau** (1928), boala; encefalomielita epidemică diseminată *(encephalomyelitis epidemica disseminata),* produsă de virusurile SW, EP, WO; duce la demielinizare; clinic aminteşte de forma acută a sclerozei difuze. Perioada iniţială se caracterizează printr-o ascensiune termică neînsemnată, parestezii şi simptomul dungilor albe (dermografism alb foarte pronunţat), tipic pentru această perioadă a bolii, la care se adaugă şi alte simptome neurovegetative *(sympataxitis epidemica).* Uneori se observă simptomul Babinski şi Dubois, aşa-numita *décharge électrique* sau senzaţia de curent electric care trece prin coloana vertebrală. Cu timpul parestezile dispar, dar nistagmusul, paralizia oculomotorilor şi paralizia spastică a extremităţilor rămîn. (A.W.)

Refsum, complexul simptomatic (boala); *heredopathia atactica hemeralopica neuritiformis.* Descris în 1954. Se caracterizează prin: 1) degenerescenţă pigmentară atipică a retinei, cu amauroză cre-

Scanned with OKEN Scanner

pusculară şi îngustarea concentrică a cîmpului vizual; 2) tablou de polinevrită cronică cu pareză progresivă a părţilor distale ale extremităţilor şi diminuarea sau abolirea reflexelor; 3) adinamie şi alte simptome cerebeloase; 4) creşterea albuminei în lichidul cefalorahidian, numărul celulelor rămînînd normal; 5) în unele cazuri, modificări ale electrocardiogramei, surditate neurogenă, simptome pupilare, leziuni cutanate de aspect ihtioziform. Similar bolii Niemann-Pick (vezi). Etiologia necunoscută.

Bibl. — HEYCOCK J. B., WILSON J.: *Arch. Dis. Childh.*, 1958, 33, 320. (A.W.)

Regis, sindromul dromomaniei. (A.W.)

Reichmann, sindromul; *gastrosuccorhoea; Hypersecretionsneurose des Magens; paroxysmaler Magensaftfluss;* secreţie excesivă a sucului gastric, primitivă sau secundară. Sindrom descris în 1882. Eructaţie acidă, pirozis, vomitarea, deseori pe nemîncate, a unei mari cantităţi de suc gastric. Senzaţiile neplăcute pot apărea periodic şi deseori se asociază cu boala ulceroasă, cu nevroză sau cu stenoza pilorică postulceroasă. (A.W.)

Reimer, reflexul; vezi reflexul Petrovski. (A.W.)

Reiter, complexul simptomatic; complexul simptomatic Fiessenger-Leroy; sindrom uretro-oculo-articular *(uretro-oculo-articularis syndrom).* Descris în 1916. Constă din următoarele 3 simptome: uretrită purulentă, conjunctivită purulentă şi artrită. Cauza nu este definitiv elucidată. Multe fapte pledează pentru etiologia microbiană şi anume un microb din grupul pleuropneumoniei. Acest complex simptomatic este precedat de dizenterie. Debut acut, cu febră mare care se menţine cam o săptămînă, deseori diaree. Boala durează de la 2 la 8 luni, terminîndu-se cu vindecare. Afectează în exclusivitate bărbaţii, îndeosebi tineri. În timpul celui de-al doilea război mondial s-a remarcat o creştere a numărului de îmbolnăviri.

Bibl. — REITER: *Dtsch. med. Wschr.*, 1916, 42, 1 535. (A.W.)

Reiter (1954), simptomul; „simptomul albăstrelei" *(Centaurea);* se observă în caz de tratament îndelungat cu digitală, atunci cînd apar tulburări ale simţului cromatic: mici stele imobile, de culoare albastru închis, în cîmpul vizual.

Bibl. — *Münch. Med. Wschr.*, 1954, 96, 52. (A.W.)

Remus, reflexul; extensia haluxului, ca urmare a excitării feţei interne a coapsei; vezi semnul Babinski. (A.W.)

Rendu-Osler, sindromul sau boala; sindromul Osler; sindromul Rendu-Weber-Osler; *telangiectasis s. angiomatosis hereditaria haemorrhagica;* angiomatoza hemoragică familială; angiomatoza eredofamilială. Telangiectazia capilarelor, este deseori cauza hemoragiilor, fără semne de diateză hemoragică: telangiectazii ale capilarelor, de dimensiuni mici (gămălie de ac pînă la bob de mazăre), solitare sau multiple, cel mai adeseori pe mucoasa nazală, pe buze, în organele interne, ceea ce predispune la epistaxis, hemoragii în tubul digestiv, plămîni, organele genitale, chiar în caz de traumatisme minime; ficatul şi splina pot fi mărite; deseori există o anemie hipocromă.

Cauza este necunoscută. Prognosticul depinde de mărimea şi frecvenţa hemoragiilor.

Bibl. — RAFATEWICZ A.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1953, 16, 603. (A.W.)

Reschad-Schilling, boala; reticuloendotelioză acută; descrisă în 1913. Debut acut, cu febră mare. Leziuni ulceroase ale mucoasei cavităţii bucale; noduli cutanaţi (proliferări monocitare), diateză hemoragică. Deseori vărsături şi diaree. Anemie şi leucocitoză. Formula leucocitară arată: monocitoză pînă la 90% (histiomonocite, monocitoide, monoblaşti, rar monocite normale), trombopenie. Biopsia hepatică, splenică, a măduvei osoase şi a limfoganglionilor arată o proliferare a elementelor sistemului reticuloendotelial, cu focare de metaplazie mieloidă în splină, ficat şi limfoganglioni. Prognostic defavorabil. (A.W.)

Respighi-Degos, complexul simptomatic; *keratodermia excentrica; hyperkératose figurée centrifuge atrophiante.* Este o varietate a keratodermiei canaliculare

diseminate superficiale, care acoperă o mare suprafaţă a tegumentelor.

Bibl. — DEGOS P. K., DELORT J., GARNIER G.: *Bull. Soc. Franç. Derm.*, 1955, 62, 264. (A.W.)

Reuss, spirala; se întîlneşte în caz de examen repetat, neîntrerupt al cîmpului vizual. Limitele sale se îngustează de fiecare dată. După 3—4—5 examene, cîmpul vizual se îngustează pînă la un anumit grad. Acest cîmp are de obicei o dispoziţie concentrică, în raport cu punctul de fixare şi poate avea o rază de 20—10 şi chiar mai puţine grade. Unind pe schemă alternativ toate punctele, în care excitantul a apărut în cîmpul vizual, obţinem o linie spirală. Apare asemănător cîmpului mobil Foerster, reprezentare grafică a obosirii progresive a ochiului, în timpul examinării. Se întîlneşte în caz de neurastenie.

Bibl. — BRUDZEWSKI K.: Podrecznik perimetrii klinicznej, Lwow-Warszawa, 1925. (A.W.)

Revillaud, simptomul; în caz de paralizie a nervului VII a lui Bell. Imposibilitatea închiderii izolate a ochiului de partea paralizată. (A.W.)

Reynaud, boala sau complexul simptomatic; *asphyxia localis; gangraena symmetrica; symmetrical asphyxia; gangrène symmétrique des extrémités; symmetrische Extremitätengangräne;* nevroza vasomotorie. Descrisă în 1881. Crize caracteristice (de obicei sub acţiunea frigului) de pălire bruscă (anemie) a porţiunilor distale simetrice a extremităţilor superioare. Paloarea se însoţeşte de senzaţia de frig, durere, diminuarea sau abolirea sensibilităţii termalgezice, sau hiperestezie, ceea ce se observă mai adeseori după criză. Se întîlneşte mai frecvent la femei, în vîrstă de 18 la 30 de ani. La apariţie contribuie frigul, traumatismele, suferinţe psihice. Se deosebesc 3 perioade ale bolii: 1) sincopă locală; 2) asfixie locală şi 3) modificări trofice — gangrena simetrică. Prognosticul *quo ad vitam* este favorabil, *quo ad valetudinem,* dubios.

Bibl. — HYNDMAN O. R., WELKIN J.: *Amer. Heart. Journ.*, 1942, 23, 535. (A.W.)

Reys, complexul simptomatic; *epidermodysplasia hystricoides bullosa;* formă intermediară între diferitele varietăţi de displazie ectodermică şi eritrodermia ihtioziformă Brocq. Simptomele principale sînt: alopecie parţială a pielii capului, leziuni ihtioziforme cutanate, formaţiuni verucoide izolate şi apariţia de bule după un traumatism mecanic.

Bibl. — REYS T. C.: *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 52, 328. (A.W.)

Reys-Sheehan, complexul simptomatic; vezi complexul simptomatic Sheehan. (A.W.)

Ribbing, boala; *dysostosis enchondralia epiphysaria; Miller-Ribbing-Clement-syndrome; hereditäre multiple Epiphysenstörung; Mikroepiphysen;* descrisă în 1937. Tulburare în creşterea epifizelor, ca urmare apărînd mici nuclee de osificare deformate în oasele care formează marile articulaţii. Radiologic se constată un anume grad de sclerozare a metafizelor şi epifizelor, calcifiere vicioasă.

Bibl. — FANCONI: *Helv. Paed. Acta*, 1947, 1, 13. (A.W.)

Richert, boala; *neuralgia tympanica aut otica Richerti;* ticul patologic al nervului Jakobsohn. Bolnavul nu poate ţine receptorul telefonic la ureche, întrucît contactul dintre receptor şi pavilionul urechii provoacă un acces acut de otalgie. (A.W.)

Richner-Hanhart, complexul simptomatic; keratinizare excesivă a extremităţilor degetelor de la mîini şi picioare, fără hiperhidroză. Concomitent există leziuni corneene, precum şi o dezvoltare incompletă generală (statură mică, enurezis, oligofrenie etc.).

Bibl. — HANHART E.: *Dermatologica*, 1947, 94, 286. (A.W.)

Rieger, complexul simptomatic (boala); *(dysgenesis mesodermalis corneae et iridis; dysgenesis mesodermalis et ectodermalis Rieger;* descris în 1935. Viciu de dezvoltare în care pe lîngă dezvoltarea incompletă a irisului (inclusiv coloboma), care se întîlneşte în cele mai multe cazuri, se mai observă dezvoltarea incompletă a corneei, vicii ale unghiurilor camerei anterioare (glaucom) şi *embriotoxon posticus Axenfeld.* În anumite cazuri este de-

scrisă concomitent şi *anodontia partialis vera (hypodontia), Steinert dystrophia myotonica,* precum şi complexul simptomatic Marfan (vezi). Etiologia este necunoscută. Rieger presupunea că în cauză este tulburarea dezvoltării mezodermului. În ultima vreme se consideră că factorul nociv acţionează asupra ectodermului; în legătură cu aceasta, acest complex simptomatic trebuie încadrat în grupa displaziilor ectodermice, între care se deosebesc tipul anhidrotic (oligodonţie, hipotricoză, lipsa glandelor sudoripare şi sebacee) şi tipul hidrotic (oligodonţie, hipotricoză şi lipsa sau deformarea unghiilor de la mîini şi picioare).

Bibl. — GASLER H., BERTHOLD H.: *Klin. Monatsbl. Augenhk.*, 1960, 136, 52. (A.W.)

Riehl, boala; *melanosis; Kriegsmelanose;* descrisă în 1917. Drept cauze sînt considerate hipovitaminoza şi tulburările endocrine. Sînt afectate aproape în exclusivitate femei între 30 şi 50 de ani. Boala începe cu eritem şi prurit, după expunere la razele solare. Apare apoi o pigmentaţie simetrică de culoare bruncenuşie, pe obraji, tîmple şi frunte. În aceleaşi regiuni se observă o hiperkeratoză foliculară, discretă lichenificare şi atrofie. Starea generală este bună, evoluţia bolii cronică.

Bibl. — JABLONSKA S.: *Przegl. Dermat.*, 1949, 36, 45. (A.W.)

Riehl-Paltauf, complexul simptomatic; *tuberculosis fungosa.* Apare ca urmare a infectării tuberculoase exogene sau, mai frecvent, endogene, din focarele ganglionare, articulare sau osoase. Există două forme de tuberculoză proliferativă: 1) *tuberculosis framboesiformis Doutrelepont-Hallopeau,* care se prezintă sub aspectul unei proliferări conopidiforme, în regiunea organelor genitale; dacă aceste formaţiuni nu sînt ulcerate şi sînt indolore amintesc de condiloamele veneriene; se presupune că această formă este produsă de o infecţie mixtă, tuberculoasă şi spirochetică (Favre şi Gaté); 2) *tuberculosis sarcomatiformis* (Gougerot), de aspectul unei tumori mari, de culoare roşie, deseori cu suprafaţa ulcerată, care seamănă cu un sarcom, botriomicom sau nevocarcinom. Tuberculoza fungoasă localizată la extremităţi are uneori tendinţa la extensie periferică, cu vindecare în centrul focarului *(tuberculosis fungosa serpiginosa Jadassohn).* Evoluţia bolii depinde de starea generală a bolnavului.

Bibl. — GOUGEROT H., DUPERRAT B.: *Sem. Hôp Paris,* 1942, 18, 147. (A.W.)

Riehl-Paltauf, tuberculoza verucoasă; descrisă în 1886. Apare în urma suprainfecţiei cu bacili de tip heterogen — bovin —, la muncitorii din abatoare şi la veterinari (boala profesională), sau prin autoinfecţie prin salivă, la bolnavii eliminatori de bacili, în regiunea fistulelor tuberculoase etc. Apar aglomerări de papule veruciforme, cu suprafaţa hiperkeratozică şi baza infiltrată, localizate cel mai adesea la mîini, mai ales la mîna dreaptă, mai rar în alte regiuni. Se remarcă tendinţa la diseminare a procesului pe căile limfatice, astfel putîndu-se forma focare de scrofulodermă. Tuberculul anatomic *(tuberculum anatomicum s. verruca necrogenica)* la degete, care apare la anatomişti şi la veterinari, este o varietate a tuberculozei verucoase, complicată cu o infecţie piogenă. Reacţiile la tuberculină sînt pozitive. Starea generală a bolnavilor este de obicei nealterată.

Bibl. — PAUTRIER L.: *Nouvelle prat. Dermat. Paris,* 1936, 3, 489. (A.W.)

Rieux, hernia; strangularea ansei intestinului subţire, în spaţiul retrocecal. (A.W.)

Riga, boala; *fibrogranuloma sublinguale; subglottitis diphteroides; Riga-Fede's syndrome; sublingual fibroma; Riga's aphte; cachectic aphtae; Cardaseli's aphtae; maladie de Fede; sublinguales Fibrom der Säuglinge; Dentitiensgeschwür.* În regiunea sublinguală, lîngă frîul limbii, apare un nodul dur, exulcerat, acoperit de un depozit albicios. Se întîlneşte exclusiv la sugari, starea generală a copilului nefiind afectată. Etiologia necunoscută; rolul traumatismului este exagerat, în multe cazuri.

Bibl. — OMBRÉDANNE L.: *Préc. Clin. Chir. infant.*, 1949, 263. (A.W.)

Riley-Day, complexul simptomatic; *familial dysautonomia; familial autonomic dysfunction;* descris de Riley şi colab. în 1949. Se caracterizează prin simptome

neurologice, îndeosebi din partea sistemului nervos simpatic, lipsa reflexelor tendinoase profunde, simptome generale (tensiune arterială inconstantă; hipotensiune „posturală", în funcţie de poziţia bolnavului; hiperhidroză etc.) şi simptome oculare (secreţie lacrimală diminuată, anestezie sau diminuarea sensibilităţii corneei, inflamaţia de tip paralitic a corneei sau ca urmare a închiderii incomplete a pleoapelor, ulceraţii ale corneei); uneori se observă simptome cutanate (formaţiuni hiperemice bine delimitate, mai evidente în timpul excitaţiei nervoase); 30% din bolnavi mor la vîrsta de sugar (dificultăţi de alimentaţie; vărsături, care se produc uşor; frecvent pneumonie); unii bolnavi pot supravieţui pînă la vîrsta de 27 de ani.

Bibl. — LIEBMAN S. D.: *A.M.A. Arch. Ophth.*, 1957, 58, 188. (A.W.)

Riley-Day, complexul simptomatic; formaţiuni cutanate eritematoase bine delimitate, care devin mai evidente în caz de excitaţie nervoasă a bolnavului.

Bibl. — LUTZ W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1957. (A.W.)

Riley-Schwachmann (1943), sindromul; leziuni osoase şi neurologice care îngreunează mersul, produc adinamie musculară generalizată, exagerare a reflexelor tendinoase (clonus plantar). Radiologic se constată leziuni de scleroză în diafiza oaselor lungi.

Bibl. — FANCONI: *Helv. Paed. Acta*, 1949, 2. (A.W.)

Rinman, simptomul; apariţia, în prima perioadă a sarcinii, a traveelor de aspect radiant, în jurul mameloanelor. (A.W.)

Ritter von Ritterscheim, boala; dermatita exfoliativă a nou-născuţilor *(dermatitis exfoliativa neonatorum).* Cea mai malignă formă a pemfigusului nou-născuţilor, produsă de infecţia mixtă streptostafilococică. Debutul în prima — a doua săptămînă de viaţă, rareori mai tîrziu. Apar bule cu extensie periferică; ele se sparg curînd, rezultînd suprafeţe întinse de piele denudată. În decurs de cîteva zile se instalează tabloul tipic de eritrodermie. Există cazuri cu evoluţie benignă şi prognostic favorabil şi altele în care copilul moare în decurs de cîteva zile, în urma complicaţiilor digestive şi pulmonare, care se asociază.

Bibl. — RITTER VON RITTERSCHEIM: *Zentralzeitung Kinderheilk.*, 1878. (A.W.)

Robertson, simptomul; se manifestă la examenul diafanoscopic. În timpul rinoscopiei anterioare, care se efectuează introducînd becul aprins al diafanoscopului în cavitatea bucală, cavitatea nazală este mai iluminată de partea sănătoasă în comparaţie cu partea de care există sinuzită maxilară. (A.W.)

Robles, boala; oncocercoza *(onchocercosis);* descrisă în 1915, este produsă de *Onchocerca volvulus.* Gazde intermediare sînt musculiţele *Simulidae,* gazda definitivă (finală), omul. Boala este răspîndită în Africa. În forma cutanată, provocată de microfilarie, se formează iniţial mici papule, care se transformă în pustulete apoi în mici ulceraţii, pielea din jur luînd aspectul de piele şagrin. În caz de pătrundere a microfilariei în ochi, apar atrofia stratului pigmentar, keratita parenchimatoasă şi alte leziuni. Paraziţii adulţi se găsesc în stratul subcutanat, determinînd apariţia de noduli de mărimea unui ou de porumbel, cel mai deseori în regiunea articulaţiilor genunchiului şi cotului, indolore, ajungînd rareori la supuraţie. (A.W.)

Roccavill, simptomul; în sciatică: excitarea mecanică a muşchiului triceps sural, deasupra locului de inserţie, mai sus de spaţiul popliteu, produce o flexie neînsemnată a plantei sau nu provoacă nici un fel de reacţie motorie. (A.W.)

Rochon-Duvigneud; vezi boala Bonnet. (A.W.)

Roederer-Halle, complexul simptomatic; constă din scurtarea şi rigiditatea muşchilor, concomitent cu lipsa elasticităţii cutanate şi limitarea mobilităţii articulaţiilor. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — REVARQUE C.: *Arch. franç. Pédiat.*, 1944, 2, 50. (A.W.)

Roemheld, sindromul; *Roemheld's gastrokardiales Syndrom; neurosis gastrocardiaca; thympanismus hystericus; Herzneurose:* sindrom nervos gastrocardiac, descris în 1912.

Se observă mai cu seamă în bolile cardiace: nelinişte, dureri precordiale, pal-

Scanned with OKEN Scanner

pitații, stare de asfixie, de obicei după o masă copioasă sau sub influența meteorismului; simptome gastrointestinale ca eructație, meteorism, constipație și slăbiciune; stări anxioase. Ritmul cardiac de obicei accelerat; uneori extrasistole. Spațiul Traube mult mărit în sus; dureri la palparea regiunii ganglionului mezenteric. Radiologic se constată: poziție înaltă a diafragmului, poziție transversă a cordului, pungă de aer gastrică. Electrocardiograma este de obicei normală. Sindromul se observă la nevropați, la apariția sa contribuind meteorismul și excitabilitatea crescută a inimii; poate să apară, prin mecanism neuroreflex, în litiaza biliară, în hernia diafragmatică. Prognosticul *quo ad vitam* este favorabil, *quo ad valetudinam*, incert.

Bibl. — OROWSKI W.: Nauka o chorobach wewnetrznych, vol. I, Warszawa, 1949. (A.W.)

Roenne, scala nazală; descrisă în 1909. Este vorba de un defect periferic (superior, mai rar inferior) al cîmpului vizual, care se termină brusc pe paralela corespunzătoare rafeului din porțiunea temporală a retinei; de aici părerea lui Roenne că este urmarea lezării fibrelor nervoase la limita papilei nervului optic, cu terminația în rafeu. Se întîlnește în glaucom, reprezentînd cea de a doua modificare a cîmpului vizual, după scotomul Bierruhm. Poate fi întîlnit și în alte boli în care este tulburată conductibilitatea fibrelor nervoase (atrofia nervului optic, stază prelungită a papilei, obstruarea ramurii temporale a arterei retiniene *(retinochoroiditis juxtapapillaris Jenseni)*.

Bibl. — ROENNE H.: *Klin. Monatsbl. Augenhk.*, 1909, 47, 1, 12. (A.W.)

Roger, boala sau sindromul; boala Tolocinov-Roger; *defectus septi ventriculorum;* viciu cardiac congenital, rareori întîlnit, cu manifestări discrete; descris în 1879. Caracterizată prin existența unui orificiu izolat, de obicei de dimensiuni reduse, în septul ventricular; are drept consecințe o slăbire generală, fatigabilitate, de obicei fără cianoză. Cordul este mai deseori de dimensiuni normale; suprasternal, în cel de al 4-lea spațiu intercostal se aude un suflu sistolic aspru, cu iradiere transversă și spre coloana vertebrală; pulsul este normal. Diagnosticul este dificil. Se recomandă cateterismul explorator al inimii. Prognosticul, în caz de orificiu mic, este favorabil.

Bibl. — KRZEMIŃSKA-LAWKOWICZOWA I.: *Postepy Kardiologii*, 1952, 1, 170. (A.W.)

Rokitansky, boala; vezi boala Budd. (A.W.)

Rollet, sindromul; vezi sindromul Bonnet. (A.W.)

Romany, simptomul; în boala Chagas: inflamarea unilaterală a ochiului, cu edem palpebral, parotidită și edem al ganglionului parotidian. Simptomul este caracteristic pentru perioada acută a bolii. (A.W.)

Romberg (1946), boala; hemiatrofia facială; *trophonevrose*. Debutează prin apariția, pe o parte a feței, a unei pete discret pigmentate, albăstruie-brună, mai rar depigmentată (cu localizare pe obraz, mandibular, perioftalmic), concomitent cu dureri nevralgice și spasme musculare clonice. Se constituie o atrofie cicatriceală cutanată, uneori și atrofie a mușchilor maseteri, oculari, ai luetei și palatini. De partea bolnavă cad dinții și genele. (A.W.)

Romberg, simptomul; imposibilitatea menținerii echilibrului în ortostatism, cu ochii închiși. Se observă în tabes și în alte boli ale sistemului nervos central, precum și în leziuni ale aparatului vestibular. (A.W.)

Roque, simptomul; constă din dilatarea pupilei stîngi și face parte din triada simptomatică a lui Claude Bernard (vezi). Se întîlnește în dilatațiile de aortă și în endocardite. (A.W.)

Rosé, simptomul: în sciatică. După lovirea cu ciocanul a inserției cruciforme a mușchiului mare gluteal apare o secusă fasciculară, în locul contracției musculare masive. În caz de paroxism al bolii poate apărea o contracție musculară puternică, *square sign*. (A.W.)

Rosé, sindromul; tetanosul tip Rosé; tetanosul tip Klemm; tetanosul tip Janin; *tetanus capitis; tetanus facialis;* tetanos cefalic, descris în 1870. Reprezintă forma localizată a tetanosului, caracterizată prin apariția trismusului concomitent cu paralizia facială de tip periferic; aceasta

din urmă poate să apară însă şi după cîteva zile de la instalarea trismusului. Deseori se asociază cu hiperacuzie, tulburări gustative şi olfactive, contractura muşchilor cervicali. Letalitatea este în medie de aproximativ 50%, cu atît mai mare cu cît perioada de incubaţie este mai scurtă. (A.W.)

Rosé-Nylen, simptomul; în sindroamele de hipertensiune intracraniană. Apariţia nistagmusului atunci cînd capul se află în poziţie foarte plecată. (A.W.)

Rosenbach (1876), reflexele; reflexe cutanate abdominale descrise mai tîrziu de Rijnberk (1937). Lipsa lor este mărturie a lezării căilor piramidale. Este tipică lipsa reflexelor în scleroza difuză. Arcul reflex corespunde segmentelor medulare D_6—D_{12}. (A.W.)

Rosenbach, simptomul; în neurastenie: bolnavul nu poate închide ochii imediat după primirea unei asemenea indicaţii din partea examinatorului. (A.W.)

Rosenbach, simptomul; tremurătura pleoapelor, atunci cînd sînt închise. Se întîlneşte în boala Basedow, după blefarospasm prelungit, în paralizia parţială a nervului facial, precum şi în boli funcţionale şi organice ale sistemului nervos central, ca scleroza difuză, paralizia agitantă şi tabes. (A.W.)

Rosenbach-Baker, boala; erizipeloidul Rosenbach. Descris în 1873 şi 1877. Este produs de *Erysipelothrix rhusiopathiae,* identic cu *Bacillus murisepticus.* Infectarea se produce în caz de contact cu carne, peşte, păsări, animale prezentînd infecţia. Cel mai adesea se întîlneşte la veterinari, muncitorii din abatoare, bucătari etc. Se localizează în special la degetele de la mîini.

Bibl. — SZWEC J.: *Przegl. Dermat. Wener.,* 1952, 4, 555. (A.W.)

Rosenberg (1956), simptomul; *Sandalenlücke* („gaură în sandală"). Malformaţie congenitală: prezenţa unui spaţiu larg între halux şi cel de-al 2-lea deget al piciorului, care sugerează un loc gol după lipsa unui deget suplimentar. Această malformaţie se întîlneşte deseori în sindromul Langdon-Down.

Bibl. — ROSENBERG: *Psych. Neur. med. Psych.,* 1956, 10, 314. (A.W.)

Rosenheim, simptomul; în aderenţele perigastrice stîngi: întinderea bruscă şi puternică a arcului costal stîng, în afară, produce o durere intensă şi profundă. (A.W.)

Roser, chistul; apare în treimea periferică a canalului omfalo-intestinal persistent; are dispoziţie intra- sau retroperitoneală, dedesubtul ombilicului.

Bibl. — GROB M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie, 1957. (A.W.)

Ross, boala; *rickettsiosis varicelliformis;* descrisă în 1946. Agentul patogen este *Rickettsia akari,* infectarea omului producîndu-se prin înţepătura căpuşei *Allodermanyssus sanguineus.* Rezervorul agentului patogen este şoarecele de casă. Boala se întîlneşte în America de Nord. După o perioadă de incubaţie de 1—2 săptămîni, la locul înţepăturii apare erupţia iniţială — papula, care ajunge pînă la un diametru de 1—1,5 cm, cu formarea unei vezicule pe suprafaţa ei. Vezicula se pustulizează, devenind neagră. După cîteva zile apar febra, cefaleea, mialgiile, frisoanele, care durează aproximativ o săptămînă. Erupţia se generalizează; elementele eruptive izolate trec prin evoluţia elementelor din varicelă, în decurs de o săptămînă, fără să lase cicatrice reziduale. (A.W.)

Rossolimo (1902) simptomul: simptom de lezare a căilor piramidale. Flectare plantară rapidă a degetelor, după lovirea pe suprafaţa lor plantară. Acest reflex al muşchiului plantar subţire, cu modificarea locului de producere a contracţiei flexoare a degetelor, dă impresia unui reflex de prehensiune. În grupul acesta de reflexe trebuie incluse: 1) lovitura la vîrful degetelor — reflexul Rossolimo (I) (1902), (II) (1908); 2) lovirea marginii plantare anterioare — reflexul Bechterev (1910), Guillain-Barré (1916), Sicard-Cantaloube (1916), Sternberg (1893), Vengrov (1932), Yoshimura (1908), Jukovski-Kornilov (1910); 3) lovirea călcîiului — reflexul Bechterev (1910), Vengrov (1933); 4) lovirea tendonului Ahile — reflexul Bickel (1912), Boveri (1916), Kempner (1922), Villaret-Faure-Beaulieu (1916), Yoshimura (1908); 5) lovirea re-

Scanned with OKEN Scanner

giunii dorsale a plantei — Bechterev (1904), Mendel (1904), Sternberg (1893). Bartenberg consideră că cele 20 de reflexe descrise ca independente, reprezintă, în fond, modificări ale aceluiaşi reflex Rosolimo. (A.W.)

Rost, *exsudatives Eczematoid;* vezi prurigo Besnier. (A.W.)

Roth, boala; retinita septică simplă; descrisă în 1872. Pe fundul de ochi se observă mici pete albe, rotunjite, dispuse foarte superficial, care obstrucează vasele retinei. La aceste focare se adaugă mici extravazate. După cîtva timp modificările dispar sau rămîn leziuni atrofice vasculo-retiniene. Poate să apară tulburarea corpului vitros, iar în cazurile cu stare generală gravă — infectarea corpului vitros şi a corpului ciliar. Este produsă îndeosebi de streptococ şi stafilococ, uneori şi de alţi microbi (dintr-un focar de infecţie manifest sau latent) şi aceasta numai atunci cînd virulenţa lor este scăzută şi nu produc endoftalmie. (A.W.)

Rothman-Makai, complexul simptomatic; *panniculitis spontanea; lipogranulomatosis spontanea; lipogranulomatosis subcutanea;* inflamaţia spontană a ţesutului adipos subcutanat. Descris în 1928. Etiologie necunoscută. În ţesutul celular subcutanat al trunchiului, mai puţin la extremităţi, apar deodată infiltrate plane sau noduli mobili, neaderenţi de piele, care nu se necrozează. Evoluţie afebrilă şi fără simptome generale; nu rămîn cicatrice.

Bibl. — MAKAI E.: *Klin. Wschr.*, 1928, 7, 2 343. (A.W.)

Rothmund (1868), complexul simptomatic; *cataracta dermatogenes; cataracta syndermatotica.* Leziunile degenerative ale pielii apar în cea de a 3-a lună a vieţii. Au aspect poikilodermic, constînd din dilataţii vasculare, depigmentare şi hiperpigmentare, atrofie cutanată (sclero-poikilodermia). Nu se observă ulceraţii trofice. Opacifierea bilaterală a cristalinului apare între cel de al 2-lea şi al 7-lea an de viaţă, evoluînd rapid. Se observă tulburări endocrine, sub forma hipogonadismului.

Bibl. — JABLONSKA S., SEGAL P., LUKASIAK B.: *Przegl. Derm. Wener.*, 1958, 8, 3, 277. (A.W.)

Rougnon-Heberden, boala; vezi boala Heberden. (A.W.)

Roulet, boala; reticulosarcomatoză. Boală foarte rară, întîlnită la oamenii în vîrstă. Mărirea ganglionilor limfatici, în primul rînd a celor inghinali, axilari şi cervicali; aceştia formează pachete aderente între ele, dar neaderente de ţesuturile subiacente; splenomegalie importantă, stare febrilă, caşectizare. Histologic: proliferare sarcomatoasă a celulelor ţesutului limfoid din ganglionii limfatici şi splină. Metastaze în alte organe. Prognostic grav. (A.W.)

Roussy-Cornil, boala; vezi boala Déjérine-Sottas. (A.W.)

Roussy-Levy (1926), boala; *dysbasia areflexica hereditaria;* dispariţia reflexelor tendinoase, deformarea asimetrică a plantelor (picior strîmb ecvin), tulburarea mersului. Majoritatea autorilor consideră boala Roussy-Levy înrudită cu amiotrofia Charcot-Marie-Hoffmann şi Friedreich. (A.W.)

Roussy-Levy (1932), simptomul; contractura aponevrozei palmare, în siringomielie. (A.W.)

Roussy-Lhermitte (1918) — **Schelven** (1919), simptomul; se observă în lezarea traumatică a jumătăţii părţii posterioare a măduvei spinării. Tulburări motorii de tip tetraplegic sau de paraplegie a extremităţilor inferioare, la început atone, apoi spastice. Tulburarea simţului postural, cu păstrarea sensibilităţii dureroase, tactile şi termice; de asemenea tulburări de coordonare — ataxie, asinergie. (A.W.)

Rucker (1945), simptomul; în scleroza difuză. Modificări venoase în tabloul oftalmologic: la o oarecare distanţă de papila nervului optic se observă periflebită cu mici hemoragii.

Bibl. — ETIENNE R., PAUFIQUE L.: *Ann. IX d'oculistique*, VI, 1955. (A.W.)

Rud, sindromul: asocierea ihtiozei, idiotismului şi a epilepsiei.

Bibl. — STEWART R.: *Journ. mental. Sci.*, 1938, 2. (A.W.)

Ruiter, complexul simptomatic; panvascularita granulomatoasă. Boala este considerată drept o varietate cutanată a

bolii Bürger (vezi Bürger, boala). De-a lungul vaselor apar noduli de diferite mărimi, de obicei foarte dureroşi. Pielea de deasupra este hiperemiată. Evoluţia bolii este cronică, recidivantă. Diagnosticul se bazează în primul rînd pe examenul histologic (procesul patologic prinde în special endoteliul şi adventicea, formînd granuloame cu celule gigante).

Bibl. — RUITER M.: *Brit. Journ. Dermat.*, 1956, 68, 16. (A.W.)

Ruiter, complexul simptomatic; vascularita alergică *[arteriolitis (vasculitis) allergica]*. De etiologie alergică (deseori coexistă astm bronşic), cel mai frecvent pe fond toxibacterian (prezenţa infecţiei de focar). Pe piele, o dată cu hemoragiile, apar papule, nodozităţi, pete eritematoase. Histologic se constată modificări importante în pereţii arteriolelor (necroză fibrinoidă) care înconjură infiltratul inflamator. Evoluţia bolii este cronică cu acutizări paroxistice ale fenomenelor cutanate, concomitent cu dureri musculare şi articulare.

Bibl. — RUITER M.: *Brit. Journ. Dermat.*, 1953, 63, 77 şi 1956, 68, 16. (A.W.)

Ruiter-Pompen, complexul simptomatic; *syndroma cardio-vasorenalis*. Descris în 1939. În pereţii vaselor cutanate şi viscerale, se depun diaminofosfatide din grupul sfingomielinei, probabil urmare a tulburării metabolismului lipoidelor. Pe piele apar keratoangioame, concomitent cu afectarea organelor interne: inimă (modificări ale electrocardiogramei), encefal (uneori, hemiparalizie), rinichi (hematurie, albuminurie şi cilindrurie), ochi (modificări de fund de ochi), de asemenea ficatul şi splina. În urina bolnavilor au fost găsite celule care conţineau lipoide.

Bibl. — RUITER M., POMPEN A. B.: *Arch. Derm. Syph.*, 1939, 179, 165. (A.W.)

Rumpel-Leede (Rumpel-Leede-Koncialovski), simptomul garoului; simptomul endotelial Stephan. Pe braţul celui examinat se fixează, pentru 5—10 minute, un bandaj elastic, comprimarea produsă trebuind să împiedice refluxul venos, fără să fie un obstacol pentru afluxul sîngelui arterial. În caz de simptom pozitiv, la scoaterea garoului rămîn pe piele, mai jos de locul apăsării, sufuziuni hemoragice mai mult sau mai puţin numeroase, îndeosebi de partea flexorilor. Simptomul este dat de extravazarea hematiilor prin endoteliul lezat al capilarelor. Se observă în diatezele angiopatice şi în anumite trombopenii. (A.W.)

Rumpf, simptomul; contracţii musculare clonice şi tonice care se continuă după terminarea unei faradizări puternice; se întîlneşte în nevrozele postraumatice. (A.W.)

Rumpf II, simptomul; accelerarea pulsului, creşterea tensiunii arteriale, uneori cianoză a feţei şi transpiraţie abundentă, în caz de apăsare a regiunii dureroase. (A.W.)

Rundles-Falls, boala; descrisă în 1946. Varietate a anemiei hipocrome microcitare, cu hemoliză manifestă. Simptomul caracteristic constă din apariţia aşa-numitelor hematii „în ţintă"; rezistenţa osmotică a eritrocitelor este scăzută; există splenomegalie. Cauza bolii este probabil insuficienţa calitativă congenitală a membranei hematiilor.

Bibl. — RUNDLES R. W., FALLS H. F.: *A. J. Med.*, 1946, 211, 641. (A.W.)

Rusecky, simptomul; flexia dorsală a mîinilor este mai slabă de partea extremităţii paretice. (A.W.)

Rusecky, simptomul; în paralizia perechii a VII-a de nervi cranieni. În timpul ridicării cu degetele a comisurilor bucale, de partea paralizată comisura se ridică mai sus, datorită tonusului muscular diminuat. (A.W.)

Rusk, boala; vezi boala Kaffey. (A.W.)

Ruskisz, boala; vezi boala Schilder. (A.W.)

Ruttin, complexul simptomatic. Apare după pierderea totală, unilaterală a excitabilităţii labirintului. Constă din modificarea rezultatului probei rotatoare, la cîteva săptămîni sau luni după dispariţia excitabilităţii labirintice: se micşorează diferenţa duratei nistagmusului, diferenţa care se observă în cazul rotării în direcţii opuse, a celui examinat; nu apare compensarea, după excitarea canalelor semicirculare verticale. Simptomul acesta se explică prin compensarea de la nivelul sistemului nervos central. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

S

Saenger, tip de mărire a tonusului pupilar; vezi Adie, simptomul. (D.B.)

Sagesseg, simptomul; vezi Jendrassik, simptomul. (D.B.)

Saint, sindromul; descris în 1948; reprezintă o asociere de hernie hiatală esofagiană, litiază biliară şi diverticuloză a intestinului subţire. Se întîlneşte, de regulă, după vîrsta de 35 de ani.

Bibl. — PLEWINSKI G.: *Wiad. Lek.*, 1956, 16, 731. (A.W.)

Sainton, simptomul; constă din spasmul muşchiului frontal, care se prelungeşte pînă în momentul în care muşchiul, ridicînd pleoapa superioară, îşi întrerupe acţiunea. Se întîlneşte în boala Basedow. (A.W.)

Salmon, simptomul; midriază unilaterală, în cazurile de sarcină extrauterină ruptă, pare-se de partea trompei lezate. (A.W.)

Salomon-Stevenson, simptomul; vezi simptomul Jendrassik. (A.W.)

Salus, simptomul; *nicking sing;* descris în 1929. Constă din devierea venei retiniene după locul de încrucişare cu artera. Se întîlneşte în perioada leziunilor scleroase din hipertensiunea arterială (vezi de asemenea simptomul Gunn şi simptomul Sobanski).

Bibl. — BEHRENDT T.: *Amer. Journ. Ophth.*, 1960, 50, 314. (A.W.)

Salvatori (1817)-Esquirol (1838)-Hugeland, sindromul; dipsomania; cerinţa imperioasă de ingerare a unei mari cantităţi de alcool, care premerge perioada de nelinişte, excitaţie. Bolnavul bea pînă la totala intoxicare şi apoi adoarme. Rareori dipsomania se manifestă faţă de lapte (Janet). Dipsomania este socotită echivalenţă a epilepsiei sau psihozei maniacodepresive. (A.W.)

Salzmann, distrofia corneei; degenerescenţa tuberoasă a corneei; keratopatia tuberoasă Fuchs-Salzmann; distrofia nodulară *(nodular dystrophy);* descrisă în 1925. Este o stare neinflamatoare, lent progresivă, care apare la bolnavii care au avut keratită flictenulară. Se caracterizează prin dezvoltarea de noduli în stratul superficial al corneei (s-au descris şi cazuri în care au fost afectate şi straturile cele mai profunde ale parenchimului corneean). La început au caracter proliferativ, apoi degenerativ. Nodulii de culoare alb-albăstruie, în număr de unul pînă la 8, sînt unilaterali; se observă predominant la femei, frecvent fără simptome de iritaţie, producînd doar o diminuare a acuităţii vizuale. Etiologia este alergică.

Bibl. — KRWAWICZ T.: *Ann. Univ. Curie-Sklodowska S. D.*, 1949, 4, 695. (D.B.)

Samoilov, scotomul; vezi scotomul Seidel. (A.W.)

Sanctis-Cacchione, sindromul; *idiotismus xerodermicus; xerodermia pigmentosum;* asocierea xerodermiei pigmentare cu tulburări din partea sistemului nervos central: dezvoltare incompletă psihică şi fizică, hipoplazie testiculară şi importantă întîrziere a vorbirii care, totuşi, cu timpul devine corectă. (A.W.)

Sangster, urticaria pigmentară *(urticaria pigmentosa);* vezi Nettleship, boala. (D.B.)

Sanyal, conjunctivita; descrisă în 1929. Este produsă de o infecţie micotică *(streptothrix);* de obicei este unilaterală. Se caracterizează prin edem „catifelat" al conjunctivei, fără adenopatie. Trece spontan în decurs de 8—10 săptămîni.

Bibl. — SANYAL: *Indian Journ. Med.*, 1929, 10, 3. (A.W.)

Sattler, perdeaua; descrisă în 1931. Constă în diminuarea acuităţii vizuale, produsă de edemul corneei rezultat din purtatul de ochelari nepotriviţi.

Bibl. — SATTLER: *Dtsch. med Wschr.*, 1931, 57, 312. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Saunders, simptomul; la copii, deschiderea largă a gurii provoacă sinkinezie manifestată prin depărtarea degetelor de la mîini. (A.W.)

Schaeffer, fractura; *fractura processus posterioris tali.* Constă din ruperea unei mici plăci din osul astragalian, în caz de lovire în regiunea calcaneeană. Uneori se rupe întreaga apofiză posterioară a astragalului.

Bibl. — HÜBNER A.: *Frakt. Lux.*, 1948, 2, 11. (A.W.)

Schaeffer, piciorul; *metatarsus varus congenitus; nondeforming clubfoot; Schaefferscher Fuß.* Constă din existenţa unei bolte plantare mult scobite, cu degete în formă de ghiară şi tendonul Ahile scurt.

Bibl. — SHANDS A. R.: *Handt. orthop. Surg.*, 1948, 4, 414. (A.W.)

Schaeffer (1899), reflexul: poziţie de extensie a halucelui, ca urmare a apăsării pe tendonul Ahile; vezi simptomul Babinski. (A.W.)

Schaffer, simptomul; vezi Tay-Sachs, boala. (A.W.)

Schamberg, boala; *dermatitis progresiva et pigmentosa; peculiar progressive pigmentary disease;* dermatita pigmentară progresivă (dermita pigmentară purpurică). Intră în grupa purpurelor, fiind determinată de leziuni cronice de capilarită. Etiologia este necunoscută. La membrele inferioare, mai rar pe trunchi, apar pete compuse din echimoze punctiforme şi hiperpigmentaţie, la periferia elementelor mai vechi apărînd noi echimoze mici; marginile petelor sînt neregulate; după dispariţia lor nu rămîne atrofie. Se observă mai frecvent la bărbaţi.

Bibl. — KOWARZ-SOKOLOWSKA W.: *Przegl. Dermat. i Wener.*, 1955, 6, 457. (A.W.)

Schapiro, simptomul; frecvenţa pulsului rămîne neschimbată cînd bolnavul trece în poziţie clinostatică; reprezintă un semn de existenţă a unei leziuni miocardice. (A.W.)

Scheuerman, boala; *osteochondritis deformans juvenilis dorsi; kyphosis dorsalis adolescentium; morbus Scheuermani; vertebral epiphysitis; kiphosis of adolescents; épiphysite vertebrale; épiphysite vertebrale de croissance; kyphose des adolescents; kyphose des apprentis; Adoleszentenkyphose;* descrisă în 1929. Constă din necroza aseptică subcartilaginoasă a nucleului de osificare vertebral, cel mai frecvent observîndu-se în vertebrele toracale inferioare şi cele lombare superioare. Ca urmare, vertebra ia un aspect cuneiform. Boala determină artrodeza coloanei vertebrale (iniţial *dorsum rotundum*), însoţită de fatigabilitate şi dureri chinuitoare, după un efort fizic. Se observă cel mai frecvent la tineri, între 14 şi 21 de ani. Se atribuie o importanţă etiologică traumatismului.

Bibl. — NEUMEYER G.: *Orthopädie*, 1953, 1. (A.W.)

Schieck, *iritis obturans;* descrisă în 1920. Coroidită cronică caracterizată prin simptome moderate care se prelungesc ani de zile, fără dureri, cu o scădere neînsemnată a acuităţii vizuale. Etiologia este tuberculoasă.

Bibl. — *Klin. Mbl. Augenhk.*, 1920, 65, 414; *Ztschr. f. Augenhk.*, 1920, 43, 625. (A.W.)

Schieck, simptomul; se observă la sugari cu tuberculoză ganglionară peribronşică; dispnee la inspiraţie, din cauza compresiunii bronhiei principale de către limfoganglionii măriţi. (A.W.)

Schilder, boala; boala Schilder-Foix; sindromul Heubner-Schilder-Foix; *encephaloleucopatia diffusa Flatau; encephalitis periaxialis diffusa scleroticans.* Descrisă de Heubner în 1897, Schilder în 1912, Pierre Marie şi Foix în 1913. Debutează cu tulburări ale personalităţii, paralizii spastice ale extremităţilor, cu contracturi, scăderea acuităţii vizuale sau cecitate de origine corticală, ori atrofie progresivă a papilelor nervilor optici. Apar apoi tulburări progresive ale auzului, sensibilităţii, simptome de presiune intracraniană crescută, tulburări vestibulare şi cerebeloase. Într-o fază foarte avansată a bolii se adaugă o stare subfebrilă, tulburări sfincteriene, caşexie. Se deosebesc mai multe forme ale bolii: 1) forma pseudoparalitică, cu predominarea tulburărilor psihice, cu rigiditate pupilară, tremurătură intenţională şi disartrie, amintind paralizia generală progresivă; 2) forma polisclerotică, în care paraplegia spastică este însoţită de un

Scanned with OKEN Scanner

sindrom cerebelo-labirintic; 3) forma pseudocatatonică, cu negativism şi stereotipie; 4) forma pseudotumorală. (A.W.)

Schilder-Stengl, sindromul; *asymbolia dolorosa;* excitanţii dureroşi fiind receptionaţi într-o anumită măsură, lipseşte deprinderea de a reacţiona la durere şi de a se apăra de durere. Pare să fie vorba de o apraxie a mişcărilor reflexe la durere, fapt care se explică prin tulburările de schemă corporală, în diferitele boli ale sistemului nervos central. (A.W.)

Schiller, proba cu iod. În caz de badijonare cu soluţia Lugol a colului uterin sau a mucoasei vaginale, ţesuturile normale se vor colora în brun, ca urmare a reacţiei dintre iod şi glicogen, în timp ce ţesuturile lezate nu se colorează. Se utilizează pentru determinarea prealabilă a porţiunilor suspecte de a prezenta leziuni canceroase.

Bibl. — DÜDERLEIN G., MESTWERT G.: Geburtshilflich-gynäkologische Untersuchugslehre; Leipzig, 1950, p. 206. (A.W.)

Schirmer, opacifierea filiformă a corneei; descrisă în 1896. Se caracterizează prin linii întunecate care se încrucişează în corneea edematiată; acestea sînt determinate de plicaturarea membranei Descemet. Cauza este un traumatism. (A.W.)

Schirmer, sindromul; vezi sindromul Sturge-Weber.

Bibl. — FRANÇOIS J.: *Acta Neurol. Psych. Belgica*, 1951, 51, 503. (A.W.)

Schlesinger-Pool, simptomul; descris în 1910, în tetanie. Pentru punerea în evidenţă a simptomului, bolnavul fiind în poziţie clinostatică; extremitatea inferioară în extensie din articulaţia genunchiului, este ridicată sus şi menţinută astfel timp de două minute; simptomul este considerat pozitiv dacă apare flexia extremităţii în articulaţia genunchiului, piciorul luînd poziţie de supinaţie. (A.W.)

Schlodtman, sclerita gelatinoasă; vezi *sclero-perikeratitis Szily*. (A.W.)

Schmidt, sindromul; *insufficientia thyreo-suprarenalis;* atrofia şi hipofuncţia suprarenalelor şi glandei tiroide. Iniţial există o hiperfuncţie tiroidiană, după care se produce atrofia glandei tiroide cu hipofuncţie, la sfîrşit apărînd boala Addison. În glanda tiroidă se constată un infiltrat limfocitar. (A.W.)

Schmorl, boala; *protrusio nuclei pulposi; luxatio nuclei pulposi;* hernierea nucleului pulpos din discul intervertebral, cu comprimarea rădăcinilor nervoase şi simptome de sciatică acută sau cronică, precum şi de radiculită lombo-sacrată. (A.W.)

Schob, atrofia emisferelor cerebrale; vezi boala Krabbe. (A.W.)

Schoenborn, simptomul; vezi Jendrassik, simptomul. (A.W.)

Schoenlein-Henoch, boala; *peliosis rheumatica; purpura anaphylactoides; toxicosis capillaris haemorrhagica; purpura rheumatica; purpura infectiosa acuta;* purpura hemoragică; descrisă în 1832 de Schoenlein. Se observă destul de rar şi în general la copii mai mari. Perioada prodromală se caracterizează prin: adinamie, stare febrilă, artralgii. Ulterior apar hemoragii cutanate, îndeosebi pe faţa de extensie a extremităţilor inferioare, în regiunea articulaţiilor, hemoragii care se măresc în timpul mersului. Pe tegumente apar eriteme. Există artralgii violente cu edem şi exsudat seros sau hemoragic, uneori hematemeză sau chiar vărsături fecaloide, diaree, deseori sanguinolentă, violente dureri abdominale; uneori complicaţii renale. La examenul sîngelui nu se constată modificări morfologice; timpul de coagulare şi timpul de sîngerare sînt normale. Boala evoluează cîteva luni, acutizările apărînd la fiecare 10—15 zile. Etiologia nu este definitiv elucidată, cea mai plauzibilă părînd afectarea alergică a capilarelor. Prognosticul este favorabil. (A.W.)

Scholz, sindromul; *Drusige Entartung;* degenerescenţa vaselor şi capilarelor cerebrale, la persoane în vîrstă, cel mai adesea peste 80 de ani. Pereţii micilor vase şi capilare cerebrale sînt înconjurate de o substanţă omogenă, înrudită chimic cu cea din plăcile senile. Clinic se manifestă cu dezorientare, simptome frontale, tulburări afazice şi agnostice şi cecitate corticală. (A.W.)

Scholz-Bielschowsky, boala: forma subacută juvenilă a atrofiei familiale progresive a emisferelor cerebrale Schob. Boala debutează clinic la vîrsta de 8—11 ani, cu surditate corticală, tulburări de articulare a vorbirii, pierderea vederii ca urmare a atrofiei nervului optic, mutism

senzorial, pareze ale nervilor cranieni, simptome cerebeloase, mişcări involuntare coreiforme şi atetozice, tetraplegie. Bolnavul moare după 5—7 ani de la debutul bolii.

Bibl. — SLACZKA A.: *Neurol. Pol.*, 1937, 20, 2, 371—394. (A.W.)

Scholz-van Bogaert, boala: forma infantilă subacută a atrofiei familiale progresive a emisferelor cerebrale Schob. Debutează la vîrsta de 2—4 ani, cu accese epileptice, tulburări pseuodbulbare, spasme de extensie, pareze spastice piramidale. Bolnavul moare după 2—3 ani de la debutul bolii. (A.W.)

Schreus, *dermatofibroma lenticulare;* vezi *fibrosis nodularis subepidermalis Michelson.* (A.W.)

Schrijver-Bernhard (1922), reflexul; în caz de leziuni ale căilor piramidale; flexie reflexă a degetelor de la picioare, după lovirea regiunii distale a extremităţii inferioare. Reflexul a fost descris de cei doi autori; independent unul de celălalt. (A.W.)

Schroeder, simptomul de dezlipire a placentei. În caz de dezlipire a placentei se observă contracţia uterului, acesta luînd o formă ovoidă cu axul mare vertical (simptomul Schroeder pozitiv). Un uter moale, cu distensie sferoidală (simptomul Schroeder negativ) este dovadă a faptului că placenta nu s-a dezlipit şi că se dezvoltă un hematom retroplacentar.

Bibl. — DÜDERLEIN G., MESTWERDT G.: Geburtshilflich-gynäkologische Propedeutik und Untersuchungslehre, Leipzig, 1950, p. 121. (A.W.)

Schueller, simptomul; în hemiplegie: bolnavului îi este mai uşor să meargă într-o parte, în direcţia jumătăţii paralizate a corpului, decît în direcţia părţii sănătoase. (A.W.)

Schultz, angina monocitară; vezi boala Filatov. (A.W.)

Schultz-Charlton, simptomul (fenomenul) de stingere; descris în 1918. Constă din stingerea locală a erupţiei scarlatinoase, în decurs de 8—14 ore, la locul injectării intradermice a serului antiscarlatinos. Simptomul nu este strict specific. (A.W.)

Schultze, simptomul; *anteflexio et anteversio uteri libera;* poziţia fiziologică şi mobilă a uterului, flectat şi înclinat anterior.

Bibl. — DÜDERLEIN G., MESTWERDT G.: Geburtshilflich-gynäkologische Untersuchungslehre, Leipzig, 1950. (A.W.)

Schultze, sindromul: acroparestezii sau dureri, uneori bilaterale şi simetrice, la extremităţile superioare (palme, antebraţe), fără modificări ale coloraţiei şi temperaturii cutanate; uneori, nocturn, apariţia senzaţiilor de amorţeală, de obicei în cea de-a doua jumătate a nopţii. (A.W.)

Schweninger-Buzzi, *anetodermia.* Reprezintă o varietate a anetodermiei idiopatice, fără etapă prealabilă inflamatoare şi eritematoasă, neavînd o cauză aparentă. La palpare degetul se înfundă la locul leziunii cutanate.

Bibl. — CHARGIN, SILVER: *Arch. Derm.*, 1931, 24, 614. (A.W.)

Scob, boala; *hemiatrophia cerebri;* hemiatrofia cerebrală. Micşorarea unei emisfere cerebrale, cu atrofia în special a celui de-al 3-lea strat cortical, pe fondul unei boli primitive neuronale. Clinic se manifestă cu oligofrenie şi epilepsie. (A.W.)

Seator, boala; *phlegmona pharingis;* descrisă în 1886. Flegmon care se manifestă printr-un infiltrat şi edem al pereţilor faringelui; infiltratul trece la laringe, regiunea hipoglosului şi laterocervical, ajungînd la mediastin. Simptome: dureri vii la înghiţire, stare generală gravă, deseori sfîrşit letal. Boala apare în urma unei infecţii streptococice, de obicei după o anginā gravă sau un abces periamigdalian, în legătură cu scăderea rezistenţei generale sau locale. (A.W.)

Seeber, boala; rinosporidioza *(rhinosporidiosis);* descrisă în 1896. Este produsă de ciuperca *Rhinosporidium seeberi.* Se caracterizează prin formarea de polipi în rino-faringe. În perioada de boală mucoasele suferă o hipertrofie polipoidă. Epidemiologia bolii nu este elucidată; sînt afectaţi caii, care sînt rezervor de agent patogen. Se observă în America de Sud, India, Africa şi Italia. (D.B.)

Seemann, sindromul; este expresia opririi în dezvoltare a funcţiei cerebeloase şi constă în oprirea dezvoltării vorbirii

şi în tulburări vestibulare cu ataxie în mers, dar cu menţinerea intactă a intelectului şi auzului. (D.B.)

Séglas-Kandinsky, halucinaţiile verbomotorii, se întîlnesc în boli psihice; constau din senzaţia de percepere de către bolnavi a mişcărilor articulate ale buzelor, limbii şi laringelui, ceea ce are ca efect exprimarea verbală a halucinaţiei. Acest tip de halucinaţie se întîlneşte şi în sindromul Kandinsky - Clerambault. (A.W.)

Seguin (1843), *idiotia furfuraceea;* vezi boala Langdon-Down. (A.W.)

Seidel, scotomul; scotomul Samoilov; scotomul în seceră *(sickle scotoma);* descris în 1914 de Seidel şi în 1922 de Samoilov. Se caracterizează prin mărirea în sus şi în jos, în cîmpul vizual, a petei oarbe Mariott. Corespunde scotomului Bjerrumia, dar este mai mică şi se micşorează pe măsura îndepărtării de pete Mariott. Diferenţa între aceste două scotoame depinde, probabil, de mijlocul de explorare: Seidel, utilizînd un excitant de două ori mai mare (3/1000 mm) decît Bjerrumia, a obţinut defecte mai mici ale cîmpului vizual. Se observă în glaucom.

Bibl. — SEIDEL: *Graefes Arch.*, 1914, 88, 102. (D.B.)

Seitz, suflul variabil; semn de cavernă sau infiltrat pulmonar. Caracteristică este variabilitatea calităţii suflului; la începutul inspiraţiei suflul aminteşte „gîlgîiala" (aerul trece prin lumenul strîmt al bronhiei), iar la sfîrşitul inspiraţiei suflul devine de tip bronşic (aerul pătrunde în cavernă) sau amforic. (D.B.)

Selheim, boala; complexul simptomatic al castraţiei la femei. Este mult mai puţin caracteristic decît complexul simptomatic corespunzător la bărbaţi. Constă în insuficienţa organelor genitale, modificări în dispoziţia ţesutului adipos, modificări tipice ale psihicului şi caracterului, modificări în structura scheletului.

Bibl. — SEITZ L., AMREICH A.: Biologie und Pathologie des Weibes, T. II, Berlin, 1952. (D.B.)

Selter-Swift-Feer, boala; vezi Feer, boala. (D.B.)

Semerau-Siemianowski, colapsul paroxistic; *hyposphyxia paroxysmalis;* nevroză vasculară care se manifestă prin accese bruşte de colaps, fără pierderea cunoştinţei, cu slăbiciune accentuată, insuficienţă circulatoare marcată, puls slab şi frecvent, paloare, extremităţi reci, căderea tensiunii arteriale. Durata acceselor este de 15—30 de minute, pînă la 2 ore, terminîndu-se de asemenea brusc, cu transpiraţie abundentă, cu emisiunea unei cantităţi mari de urină de concentraţie scăzută sau cu diaree. Se întîlneşte de obicei la femei cu insuficienţă funcţională a glandelor sexuale, în perioada preclimacterică; de asemenea în alergii. Prognosticul *quo ad vitam* bun, *quo ad valetudinem* — îndoielnic.

Bibl. — SEMERAU-SIEMIANOWSKI M.: *Pol. Arch. Med. Wewn.*, 1927, 4, 737. (A.W.)

Senear-Usher, complexul simptomatic; *pemphigus erythematosus seu seborrhoicus;* pemfigus eritematos sau seboreic. Etiologia şi patogenia necunoscute; ca şi în alte forme cronice de pemfigus, se presupune o infecţie virotică sau o intoxicaţie. Erupţia de pe faţă aminteşte eritematodesul; pe trunchi şi la extremităţi, în regiunile caracteristice pentru seboree apar bule superficiale, acoperite de cruste pluristratificate, colorate în galben-bronzat. De obicei evoluţia este benignă, cronică, recidivantă. Final, pemfigusul eritematos se transformă în pemfigus foliaceu sau vulgar, ceea ce face ca prognosticul să fie nefavorabil.

Bibl. — JABOŃSKA S.: *Przegl. Derm.*, 1948, 1, 10. (A.W.)

Sereiski, sindromul; „sindromul celor 3 A" (abulie, adinamie, aspontaneitate). Sindrom al tulburărilor psihice, în caz de lezare a cîmpului superior al lobului frontal. (A.W.)

Sergent, sindromul; se prezintă sub 2 variante:

1) sindromul frenico-pupilar — asociere a paraliziei nervului vag şi a paraliziei trunchiului simpatic cervical, de aceeaşi parte, care se manifestă cu miază sau sindrom Horner, în caz de leziuni tuberculoase apicale;

2) sindromul frenico-recurenţial — complicaţie a cancerului bronşic care se

manifestă prin paralizia nervului vag şi paralizia nervului recurent. (A.W.)

Sewer (1912), boala; *apophysitis posterior calcanei;* se întîlneşte bilateral, de obicei la fete în vîrstă de 8—12 ani. Durere în timpul mersului în special la călcîie, la locul de inserţie a tendonului Ahile pe calcaneu. În acest loc, există uneori exostoze. (A.W.)

Sezary, boala; boala polichistică sebacee, ereditară; vezi complexul simptomatic Pringle. (A.W.)

Sezary, mastocitoza; vezi boala Nettleship. (A.W.)

Shaver, sindromul; sindromul Shaver-Riddel; *bauxit workers disease; Aluminose; Korundschmelzersilikose;* descris în 1947. Boală profesională pulmonară, la muncitorii din industria de aluminiu. Tabloul clinic este reprezentat de inflamaţie cataralâ cronică a căilor respiratoare superioare, emfizem pulmonar, predispoziţie la apariţia pneumotoraxului spontan, uneori hemoptizie. Radiologic se constată mărirea şi opacifierea hilurilor, accentuarea desenului pulmonar. Se asociază destul de frecvent cu tuberculoza pulmonară. Prognosticul este sever. (A.W.)

Sheaff (1952), boala; *hereditary myokimia;* miokimia ereditară. Contracţii involuntare locale ale fasciculelor musculare, stare hipoglicemică şi tulburări ale funcţiei glandei tiroide. (A.W.)

Sheehan, sindromul; sindromul Reye (1928); *necrosis post partum Sheehani;* izolat în 1937 de Sheehan, din boala Glinski-Simmonds. Afectează femeile după hemoragii *post partum* abundente şi constă din distrugerea parţială a lobului anterior al hipofizei, spre deosebire de boala Glinski-Simmonds, în care este distrus aproape tot lobul anterior al hipofizei. Tabloul clinic, exceptînd formele abortive, se încadrează în complexul simptomatic al bolii Glinski-Simmonds. (A.W.)

Sheldon, boala; *amyoplasia congenita; arthrogryposis multiplex congenita Stern; myodystrophia congenita deformans Middleton.* Tulburări în dezvoltarea muşchilor, care se manifestă fie prin hipoplazia lor, fie prin lipsa anumitor muşchi sau a anumitor grupe musculare. Lipsa muşchilor duce la deformări secundare, contracturi, poziţii vicioase ale coloanei vertebrale. Aceste leziuni se asociază cu alte defecte de dezvoltare.

Bibl. — FILIPOWICZ M., BUKSOWICZ CZ.: *Neurologia, Neurochirurgia, Psych. Polska,* 1957, 6, 945. (A.W.)

Sheldon, complexul simptomatic; *maternal obesity syndrome; prediabetic syndrome;* constă din tulburări endocrine, cu creşterea rapidă a greutăţii corporale, în timpul sarcinii şi imediat după naştere. Se asociază cu naştere de feţi giganţi, diabet zaharat, uneori cu complexul simptomatic Cushing. Pe primul plan se situează creşterea în greutate, care poate atinge în unele cazuri pînă la 120% din greutatea corporală iniţială. După cît se pare, este în legătură cu tulburări hipotalamice.

Bibl. — SHELDON: *Lancet,* 1949, 2, 869. (A.W.)

Sherlock, epiploia; vezi Bourneville, boala. (A.W.)

Sherrington, reflexul mersului; *stepping reflex;* se observă în caz de leziune medulară întinsă şi reprezintă o manifestare a automatismului medular. Sub influenţa excitării, în extremităţile paralizate apar mişcări caracteristice pentru mers. (A.W.)

Sicard, simptomul; proba Sicard, în dilatarea varicoasă a venelor de la extremităţile inferioare. Este o mărturie a insuficienţei valvulelor venoase. Dacă bolnavul, în ortostatism, tuşeşte, în marea venă subcutanată se vede o undă sanguină care se deplasează spre condil. (A.W.)

Sicard-Cantaloube, reflexul; vezi simptomul Rossolimo. (A.W.)

Sicard-Collet, sindromul; *syndrome du carefour condylodechiré posterieur;* se întîlneşte îndeosebi în fracturi ale bazei craniului, atunci cînd fisura trece prin gaura condiliană anterioară (nervul cranian XII) şi prin gaura ruptă posterioară jugulară (nervii cranieni IX, X, XI) şi produce paralizia ultimilor nervi cranieni. (A.W.)

Sicard-Foix, simptomul; disociaţia albumino-citologică din lichidul cefalorahidian, care apare în sindromul de stază, în cazurile de tulburare a permeabilităţii canalului medular. Mărirea cantitativă a

albuminei, nu este însoţită de o pleiocitoză corespunzătoare. (A.W.)

Siebenmann, boala; *hyperkeratosis lacunaris;* descrisă în 1895. Ca urmare a inflamaţiei catarale cronice a mucoasei din regiunea inelului limfatic Waldeyer apar mici depozite albe, spinoase, aderente de ţesuturile subiacente, vizibile pe suprafaţa amigdalelor. Acest tablou aminteşte întrucîtva angina, deosebindu-se de aceasta prin lipsa fenomenelor inflamatoare acute.

Bibl. — SIEBENMANN F.: *Arch. Laryng. Rhin.*, 1895, 2, 365. (A.W.)

Siegrist, maculele; strii pigmentate moniliforme; *Pigmentflecke, perlschnur — oder rosenkranzartige Pigmentstreife; pigmentierte Chorioidealgefässe;* descrise în 1899. Aglomerări retiniene de pigment, dispuse în lanţ, de-a lungul vaselor albe şi indurate ale coroidei. Se întîlneşte în coroidita albuminurică, în complexul simptomatic cu hipertensiune arterială şi albuminurie. Este un simptom grav în ceea ce priveşte prognosticul *quo ad vitam.* Trebuie diferenţiat de complexul simptomatic Groenblad-Stranberg (vezi).

Bibl. — PIETRUSCHKA G.: *Klin. Monatsbl. Augenhk.*, 1960, 136, 635. (A.W.)

Siemens, complexul simptomatic; descris de Lameris şi Richat în 1905. În 1925 Siemens l-a descris din nou şi l-a denumit *keratosis follicularis spinulosa decalvans.* Se caracterizează prin leziuni cutanate mai mult sau mai puţin extinse (papule), alopecie secundară, în special occipitală, şi simptome oculare: lipsa genelor pe marginea temporală a pleoapelor (vezi simptomul Herzog), de asemenea fotofobie, ca urmare a leziunilor corneene (opacifieri punctiforme, diseminate, superficiale, peliculă inelară periferică corneană şi exagerarea reflexului cornean). Siemens crede că simptomele oculare sînt secundare, iar Franceschetti le consideră primare. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — FORGÁCS J., FRANCESCHETTI A.: *Amer. Journ. Ophth.*, 1959, 47, 5/11, 191. (A.W.)

Siemens, complexul simptomatic; *keratodermia palmo-plantaris disseminata punctata sau papulosa,* de tip Buschke-Fischer (1910) sau Bauer (1913); *clavus disseminatus; keratoma dissipatum.* Apare la sfîrşitul pubertăţii, manifestîndu-se sub forma unor mici papule gălbui, deseori de aspect verucoid, diseminate pe tegumentele nemodificate palmo-plantare, mai rar pe suprafeţele dorsale ale mîinilor şi picioarelor. Adeseori se asociază cu leziuni unghiale (friabilitate) şi hiperhidroză palmo-plantară. Etiologia este necunoscută. Uneori există tulburări ale sistemului nervos.

Bibl. — NEAMAND: *Dermatologica*, 1949, 99, 2/3, 157. (A.W.)

Siemens, *keratosis palmo-plantaris transgrediens; maladie de Meleda;* boala din Meleda; este o varietate a keratozei palmo-plantare congenitale care se observă printre locuitorii insulei Meleda. Leziunile keratozice depăşesc limitele palmelor şi plantelor, putînd să se localizeze în regiunea tendonului Ahile, deseori pe suprafaţa dorsală a mîinilor şi picioarelor *(transgrediens).* După Bernardt, în această boală se asociază keratoza palmoplantară cu nevul congenital sistematizat keratodermic, la care se adaugă de obicei şi leziuni dentare.

Bibl. — MELCZER N.: *Dermat. Schr.*, 1933, 108, 65. (A.W.)

Siemens, varietate a keratozei foliculare Morrow-Brook *(keratosis follicularis Morrow-Brook):* importante mase cornoase, de culoare roşie-brună, se localizează pe vîrful papulelor, îndeosebi la coate şi genunchi. Uneori se asociază leziuni ale arcadei dentare şi lingua plicata.

Bibl. — BERNHARDT R.: *Choroby Skóry*, 1936, 53. (A.W.)

Siemens, varietate a *keratosis follicularis spinulosa decalvans.* Descrisă în 1925. Pe lîngă foliculita decalvantă a pielii capului se observă leziuni de tip keratoză foliculară în regiunea retrocervicală, de-a lungul coloanei vertebrale, pe degete; de asemenea leziuni oculare (miopie şi fotofobie). Etiologia este necunoscută.

Bibl. — THELEN: *Zbl. Haut. Geschlechtsk.*, 1940, 66, 5. (A.W.)

Siemens-Bloch, *pigment-dermatosis;* vezi boala Bloch-Sulzberger. (A.W.)

Silfverskjöld, boala; *achondroplasia atypica; osteochondroplasia multiplex; Marquio-Silfverskjöld syndrome; dystrophie spondylo-épiphysaire systématique; chondro-dystrophie spondyloépiphysaire de*

Vorme-Gougeon; dystrophie ostéochondrale polyépiphysaire de Robert Clément; polyostéochondrite de Turpin-Coste; Silfverskjöld-Wachstumstörung; Silfverskjöld Erkrankung. Descrisă în 1925. Leziunile tipice de condroplazie fac ca statura să rămînă pitică, cu porţiunile proximale şi medii ale oaselor de la extremităţi anormal de scurte, deformaţii ale coloanei vertebrale, nas în şa, *pes varus.* Radiologic iese în mod deosebit în evidenţă deformarea diafizelor oaselor lungi, îngroşarea fungoasă a epifizelor, leziuni condrodistrofice epifizo-metafizare la oasele lungi. Etiologia este necunoscută

Bibl. — GRUDZIŃSKI Z.: *Fortschr. Rtg.*, 1928, 38, 873. (A.W.)

Silvermann, boala; vezi boala Caffey. (A.W.)

Simchowicz, reflexul nazo-mentonier; vezi simptomul Flatau. (A.W.)

Simchowicz (1922), reflexul; reflex nazo-ocular; vezi simptomul Wartenberg. (A.W.)

Simmonds, boala; vezi boala Behterev. (A.W.)

Simmonds, complexul simptomatic; *otitic hydrocephalus;* hidrocefalie de origine otogenă. Complex simptomatic de hipertensiune intracraniană, în caz de otite medii la copii sau tineri. Deseori se asociază cu inflamaţii ale sinusului sigmoidian. Se manifestă cu accese de cefalee intensă şi vărsături. Este caracteristică staza papilară bilaterală, foarte manifestă. Cel mai adesea examenul neurologic este negativ; uneori pune în evidenţă pareza nervului oculomotor extern. Lichidul cefalorahidian este de compoziţie normală, dar marcat hipertensiv. Acest complex simptomatic se termină de obicei prin vindecare spontană, dar uneori duce la atrofia nervilor optici. Cauzele sînt total necunoscute. Hipertensiunea intracraniană este condiţionată de mărirea cantităţii lichidului cefalorahidian sau de edemul encefalic.

Bibl. — SZPUNAR J.: *Otolaryngologia Polska*, 1948, 4, 650. (A.W.)

Simmonds, sindromul; *meningitis benigna acuta; sympatic meningitis syndrome;* meningita benignă descrisă în 1925 de Wallgren. Este caracterizată prin simptome meningiene, cu pleiocitoză limfocitară (cel mai adeseori cîteva sute de celule) şi conţinut normal de cloruri şi glucoză în lichidul cefalorahidian. Etiologie virală, diferite virusuri putînd provoca acest sindrom (virusul gripal, al parotiditei epidemice, ECHO, Coxsackie etc.). (A.W.)

Simmonds, sindromul; sindromul Smidth; boala Barraquer-Simmonds; boala Barraquer; boala Holländer-Simmonds; *lipodystrophia progressiva paradoxa;* atrofia progresivă a ţesutului grăsos. Descrisă de Simmonds în 1910, de Holländer în 1911. Atrofia progresivă a ţesutului adipos în jumătatea superioară a corpului, îndeosebi la faţă şi torace, concomitent cu hipertrofia ţesutului adipos în regiunea coapselor, feselor şi bazinului. Uneori se asociază cu otoscleroză, chisturi osoase, tulburări vasomotorii, tulburări menstruale. Se întîlneşte cu deosebire la femei. Cauza este necunoscută, probabil că tulburărilor funcţionale ale mezencefalului le revine un rol.

Bibl. — 1. SIMMONDS A.: *Ztschr. Neurol.*, 1911, 29; 2. HOLLÄNDER E.: *Münch. med. Wschr.*, 1910, 57, 1 794. (A.W.)

Simmonds, *thyreoiditis atrophica chronica;* tiroidita cronică atrofică. Atrofie manifestă a ţesutului glandular al tiroidei şi hipertrofie a ţesutului conjunctiv. Glanda tiroidă poate cîntări numai cîteva grame. Infiltrat limfocitar. Afectează îndeosebi femeile în vîrstă, după cît se pare etiologia fiind endocrină. Clinic evoluează ca un mixedem. Diagnosticul corect poate fi pus numai la necropsie. Tratamentul constă din administrarea de preparate tiroidiene. (A.W.)

Simmonds-Gliński, boala; *morbus Gliński-Simmonds; cachexia hypophisaria dystrophia maranto-genitalis;* boala Simmonds; caşexia hipofizară. Descrisă de K. Gliński în 1913, de Simmonds în 1914. Este o urmare a lipsei totale sau aproape totale a funcţiei hormonale a lobului anterior hipofizar, în legătură cu lezarea tumorală, luetică (gomoasă), tuberculoasă sau necrotică (tromboze) a acestuia, ca şi insuficienţei secundare a glandelor endocrine, îndeosebi a suprarenalelor, tiroidei şi glandelor sexuale. Se întîlneşte în spe-

cial la femei, mai frecvent curînd după naşteri, mai rar la bărbaţi. Clinic se observă astenie, fatigabilitate rapidă, anorexie totală, repulsie faţă de alimente, caşexie extremă, căderea părului, mai cu seamă axilar şi pubian, alopecie, friabilitatea unghiilor, căderea dinţilor, atrofia organelor sexuale, amenoree şi impotenţă sexuală. Tensiunea arterială este crescută; există bradicardie, hipotermie. Dacă boala este consecinţa unei tumori hipofizare sau encefalice se asociază simptomele de hipertensiune intracraniană. Metabolismul bazal este scăzut. Există hipoglicemie. Curba glicemiei provocate uşor declivă; sensibilitate crescută faţă de insulină. Se găseşte deseori hipercolesterolemie, ca urmare a hipofuncţiei tiroidiene. Nivelul clorurilor şi sodiului este scăzut. Scăderea eliminării urinare a 17-cetosteroizilor, 11-oxisteroizilor şi gonadotropinei. Prognosticul este nefavorabil. (A.W.)

Simmonds-Shaw, boala; vezi boala Déjérine-Sottas. (A.W.)

Sitkovski, simptomul; în apendicita cronică; constă din accentuarea durerii din regiunea iliacă, în cazul poziţiei în decubit lateral drept. (A.W.)

Sivadon-Bouquerel, sindromul (1946); *eleophtenophagia.* Narcomania utilizării parfumurilor. (A.W.)

Sîrnev (1952), simptomul; simptom precoce în meningita tuberculoasă, constînd dintr-o mărire manifestă a limfoganglionilor intraabdominali, poziţie înaltă a diafragmului şi contracţii spastice ale colonului ascendent.

Bibl. — SIRNEV: *Sov. Med.*, 1952, 28, 19. (A.W.)

Sjoegren, sindromul; sindromul Gougerot-Houver-Sjoegren; sindromul Mikulicz-Sjoegren; sindromul Mikulicz-Gougerot-Sjoegren; sindromul Gougerot-Sjoegren; sindromul Gougerot-Mulock-Houver-Sjoegren; *dacryosiloadenopathia atrophicans; keratoconjunctivitis sicca; sicca syndrome; secretio inhibitor syndrome; Xerodermosteose; syndrome arthroculosalivaire; ophthalmorhinostomatoloxerosis.* Descris de Gougerot în 1925, de Houver şi Wissmann în 1932, Sjoegren descriind tabloul complet al sindromului în 1933. Constă din insuficienţa tuturor glandelor exocrine. Simptome: keratoconjunctivită uscată, uscăciunea cavităţilor bucale, nazală, faringiană, hipertrofia glandelor salivare şi salivaţie scăzută, carii dentare, hipoaciditate sau anaciditate gastrică, insuficienţa secreţiei exocrine pancreatice. Pielea este uscată, scuamoasă, apar depigmentaţie, eczemă. Adeseori inflamaţie articulară cronică de tipul poliartritei primitive cronice. În sînge se constată disproteinemie, hiposideremie, anemie hipocromă, fibrinogenul crescut. Afectează cel mai frecvent femeile în perioada de preclimacteriu; dacă survine la o vîrstă mai tînără se observă hipofuncţie ovariană.

Bibl. — SJOEGREN H. S. G.: *Acta Ophth.*, 1933, 2, 151. (A.W.)

Sklovski, simptomul, în varicelă, constă din posibilitatea evacuării conţinutului veziculei varicelice, prin comprimarea la început a tegumentului perivezicular, apoi a veziculei însăşi. Este un simptom de diferenţiere faţă de variolă, în care această manevră nu duce la evacuarea conţinutului veziculer. (A.W.)

Skoda, simptomul sunetului timpanic; se constată în pleurezia exsudativă; perceperea unui sunet timpanic deosebit de net, deasupra zonei de matitate. Este în funcţie de atonia pulmonară, ca urmare a compresiunii. (A.W.)

Sluder, complexul simptomatic; *neuralgia ganglionis sphenopalatini; lower neuralgia; sympatalgia;* nevralgia ganglionul pterigopalatin. Factorii predispozanţi ai acestui complex simptomatic sînt următorii: infecţia perifocală, traumatismele, corpii străini intranazali, hipertrofia cornetelor sau devierea septului nazal, abcese peramigdaliene, alergia. Simptome: dureri la baza nasului, periocular, la baza dinţilor maxilarului superior, concomitent cu guturai puternic, hiperemie a mucoasei nazale şi a ochilor, edem secundar al tegumentului feţei. Se adaugă secreţia şi excreţia crescută de mucus, lacrimi, sudoare şi salivă, strănut, fotofobie, tulburări de acomodare, vertij, greţuri, de asemenea crize astmatiforme.

Bibl. — SLUDER: Headaches and eye disorders of nasal origin, St. Louis, 1918. (A.W.)

Smirow (1934), reflexul; reflex sternobrahial. Reflex fiziologic: adducţia umărului, în urma percuţiei sternului. (A.W.)

Smith, boala; *lymphocytosis infectiosa acuta;* limfocitoza infecţioasă acută; *akute infektiöse Lymphocytose.* Descrisă în 1941. Se observă cel mai deseori la copii şi tineri. Simptomele bolii constau în stare febrilă, cu inflamaţie catarală a căilor respiratorii superioare, deseori erupţie micropapuloasă şi adenopatie, splenomegalie de mică importanţă. Uneori coexistă dureri abdominale produse de afectarea mezoului. În tabloul sanguin se menţine, timp de 3—6 săptămîni, limfocitoză crescută, exclusiv cu limfocite normale, şi eozinofilie. Durata bolii este de cîteva săptămîni. Prognosticul este favorabil.

Bibl. — SMITH C. H.: *Am. Journ. Dis. Child.*, 1941. 62, 231. (A.W.)

Smith, fractura; inversul fracturii tipice a radiusului (fractura Kolle) (vezi); fragmentul distal se deplasează palmar, iar în fractura tipică, dorsal.

Bibl. — COLLON P. C.: *Reg. Orthop. Surg.*, 1950, 257. (A.W.)

Smith-Fischer, simptomul: auscultarea suflurilor venoase deasupra manubriului sternal şi puţin spre dreapta, după ce bolnavul a înclinat capul înapoi (în caz de adenopatie a hilurilor pulmonare). (A.W.)

Sneddon-Wilkinson, *dermatitis pustulosa subcornealis;* dermita pustuloasă subcornoasă; *subcorneal pustular dermatosis.* Descrisă în 1947. Se observă la femei de vîrstă mijlocie. Etiologia este necunoscută. Apare o erupţie pustuloasă, elementele eruptive fiind diseminate sau grupate. Conţinutul veziculelor este steril. După dispariţia lor nu se observă atrofie cutanată. Recidivează în decurs de luni şi ani. Erupţia se localizează aproape exclusiv pe trunchi. Starea generală a bolnavilor nu este afectată.

Bibl. — SNEDDON, WILKINSON: *Brit. Journ. Derm.*, 1956, 68, 305. (A.W.)

Sobański, simptomul întretăierii. Descris în 1892, de Hann, în 1929 de Salus, amănunţit de Sobański în 1950. Constă din leziuni la locul de întretăiere al venei retiniene cu artera. Gradul I: „turtirea venei" (compresiune puţin importantă a venei nemodificate, de către artera de deasupra, mai îngustată şi sub tensiune mai mare, ceea ce duce la o mică dilatare ampuliformă a venei, înaintea locului stenozei; se întîlneşte în perioada modificărilor funcţionale). Gradul II: „stenozarea venei" (dilatare mare ampuliformă a venei, înaintea locului de compresiune; o asemenea vână dă impresia de stenoză, înaintea întretăierii; se observă în perioada leziunilor arteriosclerotice din pereţii arterei retiniene). Gradul III: „flectarea venei" (la locul întretăierii, artera sub tensiune şi indurată poate deprima, în profunzimea retinei, o vână indurată şi sub tensiune; lumenul venei nu este supus comprimării şi astfel nu se formează dilatări ampuliforme înaintea locului încrucişării; dispariţia reflexului de pe vână produce impresia întreruperii ei. Se observă în perioada leziunilor scleroase ale pereţilor venei retiniene). Ca o complicaţie a acestui simptom, la gradul II poate apărea o tromboză a venelor retiniene, ca urmare a compresiunii. Se observă în hipertensiunea arterială.

Bibl. — SOBANSKI S.: Okulistyka praktyczna, Warszawa, 1956. (A.W.)

Sobański, simptomul modificării raportului de presiune. Descris în 1934. Se caracterizează prin modificarea raportului normal al nivelului presiunii sanguine diastolice din vena retiniană centrală, faţă de nivelul presiunii diastolice din artera menului venei retiniene centrale, la locul de 1 : 2,4. Apare în caz de comprimare a lumenului venei retiniene centrale, la locul de trecere spre porţiunea retrobulbară a nervului optic, ca urmare a creşterii presiunii lichidului cefalorahidian. Cînd acest raport devine 1 : 1,7 apar primele simptome de stază, iar la 1 : 1,5 apare, pe fundul de ochi, tabloul manifest al edemului de stază al papilei nervului optic, cu bombarea spre —3 D; la raportul 1 : 1,3 staza, sub formă de hemoragii, şi inflamaţia de resorbţie din retină se accentuează. Este foarte importantă diferenţierea edemului de stază papilară de cel inflamator.

Bibl. — STEPIEN L.: Badania nad powstawaniem zastoinowej, Łódź, 1951. (A.W.)

Soedeberg (1922), reflexul; în bolile globului palid *(globus pallidus).* Frecarea pielii din zona distală a extremităţii su-

perioare, deasupra radiusului sau cubitusului, produce flexia tonică sau extensia policelui, uneori simultan cu a celorlalte degete. (D.B.)

Soedeberg-Schilder, simptomul; braditeleachinezia *(bradyteleakinesis)*. Constă în încetinirea sau oprirea mişcării înainte de a obţine scopul propus. Această inhibiţie patologică se observă, între altele, în bolile cerebelului. (D.B.)

Soemmering, inelul, inelul cristalinului *(Kristallwulst)*; descris în 1828. Se observă în cazurile de cataractă traumatică şi ulcer perforat al corneei. Se produce cînd leziunea cristalinului a fost localizată în centru, cea mai mare parte a cristalinului s-a resorbit, dar o parte din acesta a rămas închisă între fundul anterior şi posterior al cristalinului. Acelaşi fenomen se produce şi după extirparea intracapsulară a cataractei congenitale sau dobîndite (rezecţie, extirpare liniară), ca şi în cataracta membranoasă. La periferie între capsula anterioară şi posterioară a cristalinului rămîn mase de cristalin, încît se formează un inel mai mult sau mai puţin gros, foarte opac, vizibil în special după dilatarea pupilei.

Bibl. — RABINOVICI M. G.: Vtoricinaia katarakta, Moscova, 1961. (D.B.)

Souza de Castro (1913), reflexul: extensia halucelui în urma efortului fizic; vezi simptomul Babinski. (A.W.)

Souqes-Charcot, *genodermia infantilis; geromorphisme cutané*. La pubertate, pielea devine uscată, lucioasă, subţiată, uneori formează pliuri; ţesutul adipos subcutanat se atrofiază; se constată hipoplazie genitală şi apar tulburări psihice.

Bibl. — LUTZ W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1957. (A.W.)

Spalding-Horner, simptomul; acoperirea, unele de către celelalte a oaselor bolţii craniene (amintind olanele la examenul radiologic), ca simptom al morţii intrauterine a fătului. Simptomul are importanţă numai în cursul sarcinii şi în caz de persistenţă a pungii amniotice, întrucît un tablou asemănător poate fi observat şi în timpul naşterii, ca urmare a configuraţiei capului.

Bibl. — KASSER O., KELLER T.: Lehrbuch der Geburtshilfe, Basel, 1948. (A.W.)

Spatz, simptomul; *hemirigor apoplecticus;* se observă în ictus; mărirea tonusului muscular într-o jumătate a corpului. (A.W.)

Spencer, boala; *diarrhea viralis; epidemic diarrhea; nausea and vomiting; Hannoverkrankheit;* diaree epidemică. Mecanismul de infectare şi epidemiologia sînt neelucidate. Deosebit de frecvent se îmbolnăvesc copiii, numărul maxim de cazuri fiind toamna. După o perioadă de incubaţie de 2—3 săptămîni apar greţuri, vărsături, subfebrilitate; în următoarele 1—2 zile se asociază diareea, cu scaune conţinînd puţini pigmenţi biliari, cu miros de ouă clocite; aceasta se prelungeşte 1—2 zile. Evoluţia este în general benignă. Diagnosticul se bazează pe datele clinice şi eliminarea altor factori etiologici. (A.W.)

Speck, simptomul; constă din aceea că, dacă se introduc intrauterin 10 ml dintr-o soluţie de fenolsulfoftaleină 0,06%, în caz de permeabilitate a trompelor urina, dacă este alcalină, se colorează după 30 de minute în roşu, iar dacă este acidă, numai după adăugarea de cîteva picături de NaOH, întrucît fenolsulfoftaleina a fost rapid resorbită la nivelul peritoneului, în cazul pătrunderii soluţiei prin trompe în cavitatea peritoneală.

Bibl. — BERTRAND P., DELACOSTE J.: La fonction tubaire et ses troubles, Paris, 1956. (A.W.)

Spens, sindromul; vezi sindromul Morgagni-Adams-Stokes. (A.W.)

Spiegler, tumoarea; *endothelioma capitis; turban tumor; cylindroma; naevus epitheliomato-cylindromatosus; naevoepithelioma adenoides Hoffmann*. Tumoare benignă cu caracter ereditar sau apărînd sub influenţa unui traumatism mecanic. În pielea capului apar noduli multipli, de mărime variabilă, de la acea a unui bob de mazăre pînă la cea a unei mandarine; culoarea pielii este nemodificată. Tabloul histologic este foarte caracteristic: degenerescenţă hialină a ţesutului conjunctiv care înconjură celulele tumorale. Sub influenţa traumatismului poate să survină degenerarea malignă.

Bibl. — ORMSBY: *Arch. Dermat. Syph.*, 1935, 32, 574. (A.W.)

Spiegler-Fendt, sarcoidul; *lymphocytoma Kauffmann-Wolf; infiltratio pseudoleucaemica Jadassohn; lymphadenosis cutis benigna Baefverstedt.* Descris în 1906; Baefverstedt a reunit sarcoidul Spiegler-Fendt şi limfocitomul sub denumirea comună de *lymphadenosis cutis benigna.* Drept cauză a bolii este admisă reacţia sistemului limfatic la diferiţi factori infecţioşi. Evoluţia este benignă, starea generală fiind bună. Nu se observă leziuni ganglionare, nici modificări ale tabloului sanguin. Cutanat apar noduli de diferite mărimi, cu aspect histologic foarte asemănător sarcoidului Boeck. Cel mai adeseori se localizează la trunchi şi extremităţi, mai rar la faţă.

Bibl. — BAEFVERSTEDT B.: *Acta Dermat. Vener.*, 1943, 24, suppl., 11; 1953, 33, 171. (A.W.)

Spielmeyer-Stock, boala; vezi boala Vogt-Spielmeyer. (A.W.)

Spiller, sindromul; *paralysis spinalis ascendens epiduralis;* paralizia medulară ascendentă epidurală. Clinic aminteşte sindromul Landry.

Bibl. — *Review Neur. Psych.*, 1911, 9. (A.W.)

Spitz, complexul simptomatic; *melanoma juvenile;* melanomul juvenil. Printre melanoamele maligne care apar la copii (între 3 şi 8 ani sau imediat după naştere) se deosebeşte o formă caracterizată printr-o evoluţie benignă. Cel mai deseori, este vorba de un nodul solitar, ovalar sau sferoid, cu diametrul de cîţiva mm, rareori mai mult, de coloraţie roză sau gălbuie, de consistenţă dură, cu localizare în primul rînd la faţă sau la extremităţi. Histologic reprezintă o varietate a nevului pigmentar, celulele nevice avînd nuclei de dimensiuni mari şi conţinînd nucleoli.

Bibl. — SPITZ P.: *Ann. J. Path.*, 1948, 24, 591. (A.W.)

Sprengl, boala; *scapula alta; scapula elevata; congenital high scapula; Sprengl's deformity; elevated scapula; déformation de Sprengl; élévation congénitale de l'omoplate; l'épaule haute congénitale; angeborener Schulterblatthochstand; Sprenglsche Deformität;* elevaţia congenitală a omoplatului; descrisă în 1891. Omoplatul nu coboară pînă la nivelul părţii superioare a toracelui, fiind nedezvoltat. Boala se asociază cu alte defecte de dezvoltare (scolioză, număr mai mic de vertebre, coaste concrescute, coaste cervicale). Radiologic se constată o poziţie mai ridicată cu 6—9 cm a omoplatului, în comparaţie cu partea sănătoasă, omoplatul rămînînd imobil cînd se ridică braţul. Drept cauză a bolii este admisă existenţa unui traveu fibros care fixează omoplatul la nivelul vertebrelor cervicale inferioare, iar uneori chiar a osului occipital.

Bibl. — HORWITZ D. E.: *Amer. J. Orthop. Surg.*, 1908, 6, 119. (A.W.)

Staeheli (1920) — **Frigero** (1921) — **Levy** (1922), simptomul; mişcări spastice violente ale ochilor şi capului, care se observă aproape exclusiv după boala von Ekonomo. Globii oculari se îndreaptă în sus, capul înapoi. Accesele se însoţesc uneori de crize neurovegetative şi stări de anxietate, cu durată de la cîteva secunde la cîteva minute. (A.W.)

Staehli, linia; vezi linia Hudson-Staehli. (A.W.)

Stanton, boala; *melioidosis (melioidoză).* Descrisă în 1917. Agentul patogen este *Bact. witmori (bact. pseudomallei),* poarta de intrare a infecţiei — tubul digestiv şi pielea. Rezervorul agentului patogen îl reprezintă animalele domestice; insectele pot fi vectori ai bolii. Se întîlneşte în Malaia, Ceylon, Siam şi în Indochina. Perioada de incubaţie nu este stabilită. Forme clinice: a) fulgerătoare — debut cu frison, febra atinge 39—41°, cu remisiuni matinale, simptome de encefalită, mialgii, artralgii, comă terminală; durata cîteva zile, sfîrşit letal; b) acută — durata 2—6 săptămîni, simptomatologia ca în forma fulgerătoare, deseori se observă ileus paralitic, simptome pulmonare, hepato- şi splenomegalie; în unele cazuri predomină simptomele renale, în altele diareea sanguinolentă; sfîrşit letal; c) cronică — forma septică cu localizări în multe organe: plămîni, rinichi, ficat, limfoganglioni, oase, durata fiind de cîţiva ani, cu remisiuni; d) cronică — cu leziuni osoase şi hipodermice, deseori şi cu leziuni inflamatoare cutanate. (A.W.)

Stargardt, degenerescenţa juvenilă familială a petei galbene; *degeneratio tapetoretinalis; dégénérescence maculaire*

familiale progressive. Descrisă în 1903. Se caracterizează prin apariţia, la vîrsta de 8—10—15 ani, a unor focare în pata galbenă, iar mai tîrziu şi la periferie, simetrice, la ambii ochi, în unele familii repetîndu-se cu exactitate fotografică. Se constată slăbirea acuităţii vizuale axiale, scotom central în cîmpul vizual, acromatopsie. [Similară cu forma congenitală sau ereditară Best (vezi) (1905), forma adultă şi presenilă Behr (vezi) (1920) şi senilă.] Trebuie diferenţiată de boala Down (vezi). Este descrisă de asemenea în boala Friedreich (vezi). Etiologia este necunoscută; este pusă în legătură cu tulburările endocrine, mai ales hipofizare.

Bibl. — KOZLOWSKI B.: *Klinika Oczna*, 1958, 28, 49. (A.W.)

Steid - Albers - Schoenberg (1915), sindromul; *osteopoikilia; osteosclerosis disseminata familiaris; osteopoikilosis familiaris;* osteoscleroza diseminată familială. Descris în 1905 de Steid; descrierea radiologică a fost făcută de Albers-Schoenberg, în 1915. De obicei se diagnostichează întîmplător, la examenul radiologic al scheletului. Determină artralgii şi nevralgii. Pe radiografie se observă leziuni osoase multiple, sferice sau ovalare, parţial striate, de opacitate variabilă, localizate de obicei în epifizele oaselor lungi. Axul lung al leziunilor este paralel cu axul lung al osului. Cutanat pot apărea leziuni fibroase diseminate, uşor proeminente, albicioase-gălbui, cu dispoziţie simetrică, cu deosebire pe fese şi pe coapse; de aici denumirea de *dermatofibrosis disseminata lenticularis* Buschke-Olgendorf. Etiologia este necunoscută. (A.W.)

Stein-Grixoni-Orzechowski, boala; vezi boala Thomson. (A.W.)

Stein-Leventhal, complexul simptomatic; *degeneratio polycystica ovariorum; degeneratio fibrosclerotica ovariorum;* leziuni degenerative ale ovarelor, în asociaţie cu tulburări endocrine, amenoree; descris în 1933. Amenoree sau oligomenoree cu caracter anovular, la femei tinere, rareori hemoragii aciclice, sterilitate, hipoplazie uterină; ovare cu degenerescenţă chistică şi dure, deseori caractere sexuale secundare de tip masculin, hirsutism, acnee, frigiditate, depresiune; se semnalează dureri în etajul inferior al abdomenului, constipaţie, obezitate; scăderea 17-cetosteroizilor în urină; leziuni ovariene tipice (ovare mari, cenuşii, cu leziuni microchistice şi îngroşare capsulară). Etiologic este vorba de tulburări ale corelaţiei dintre lobul anterior al hipofizei şi ovar.

Bibl. — STEIN J. F., LEVENTHAL M. L.: *Am. J. Obst. gynec.*, 1935, 29, 181. (A.W.)

Steiner-Laushbaugh, complexul simptomatic; *amniotic fluid syndrome; amniotic fluid embolism;* se caracterizează prin penetraţia bruscă a unei mari cantităţi de lichid amniotic în sistemul venos al parturientei. Descris în 1941. Tablou de edem pulmonar sau de embolie a arterei pulmonare. Şoc grav, tulburări cardiovasculare, deseori moarte subită. Tabloul clinic se agravează prin asocierea hemoragiei, urmare a scăderii nivelului fibrinogenului sanguin pe fondul afibrinogeniei. Acest complex simptomatic apare în caz de naştere prelungită, scurgere prematură a lichidului amniotic, naştere grea care se termină prin intervenţie chirurgicală, aplicare de forceps etc., precum şi în caz de naştere a unui făt mort, la primipare în vîrstă şi în caz de făt mare. Acest complex simptomatic trebuie diferenţiat de alte cauze care produc moarte subită în timpul naşterii (hemoragie masivă, de exemplu în cazurile de ruptură a nodului varicos al venelor uterine).

Bibl. — STEINER, LAUSHBAUGH: *J.A.M.A.*, 1941, 117, 1 245; HODGKINSON C.: *Obst. Gynec.*, 1955, 5, 465. (A.W.)

Steinert, boala; boala Steinert-Batten; boala Steinert-Curshmann; *dystrophia myotonica;* descrisă în 1909, separat, de Steinert, Batten şi Gibb. Se caracterizează prin atrofia testiculară, apariţia unei cataracte, atrofie şi miotonie a anumitor grupe musculare, cel mai deseori ale feţei *(facies myopathica)*. Pe lîngă aceasta se mai observă diferite stigmate de degenerescenţă congenitală *(stigmata degenerationis)*. Se manifestă de obicei la vîrstă medie sau înaintată. Cataracta din această boală a fost descrisă încă din 1911. Poate lipsi în fazele precoce ale bolii, uneori însă reprezintă primul simptom (forma descrisă de Vogt; deseori este

trecută cu vederea). Se caracterizează prin prezența a multiple formațiuni mici albe sau viu colorate, în special în roșu, verde, mai rar galben și albastru (cristale de colesterol), în straturile anterior și posterior cortical al cristalinului. În forma pe care a observat-o Fleischer (1918) s-a dezvoltat rapid o cataractă cu aspect stelat. Scăderea tensiunii intraoculare este de asemenea caracteristică. Se mai constată: alopecie precoce cu debut în regiunea frontală, boltă palatină ogivală, mușcătură anormală, tulburări de deglutiție și vorbire (urmare a mioatrofiei), îngroșarea oaselor craniene, șaua turcească mică, tulburări psihice, leziuni miocardice. Au mai fost descrise următoarele simptome oculare: endoftalmie, ptoză palpebrală, uneori asociată cu ectropion, conjunctivită cronică și blefarită, leziuni corneene (lizereu senil la persoane de vîrstă medie, macule superficiale, peliculă corneană), atrofia parțială a stromei iriene, glaucom secundar. Din partea fundului de ochi: degenerescență retiniană, leziuni maculare, papilare, retinopatie pigmentară atipică, diplopie tranzitorie. Acești bolnavi sînt de obicei de constituție astenică, de statură medie sau înaltă, subnutriți, cu torace lung și îngust, cu mușchii toracici slab dezvoltați, extremități lungi. Este descrisă asocierea cu complexul simptomatic Werner (vezi). Etiologia este necunoscută, după cît se pare neuroendocrină.

Bibl. — KRYCH J.: *Klinika Oczna*, 1961, 31, 17. (A.W.)

Steinert, complexul simptomatic; *dystrophia myotonica.* La vîrsta de 20—30 de ani apar cataracta juvenilă și — la fel ca în complexul simptomatic (Werner) (vezi) — simptomele senilității precoce (hipogonadism), atrofie cutanată și, predominant, leziuni musculare.

Bibl. — JABLONSKA S., SEGAL P., LUKASIAK B.: *Przegl. Dermat. i Wener.*, 1958, 8, 3, 277. (A.W.)

Stellwag, simptomul; descris în 1869; constă din retracția pleoapei superioare, asociată cu clipire incompletă și rară (în loc de 5 clipiri pe minut, clipirea se produce mai rar, uneori o dată la jumătate de oră). Poate fi o cauză a keratitei. Se întîlnește în boala Basedow, de asemenea în parkinsonism. Este socotită o manifestare a hiperkineziei.

Bibl. — STELLWAG VON CARION: *Vien. Med. J.*, 1869, 17, 25. (A.W.)

Sterling, boala; vezi boala Jakob-Kreutzfeld. (A.W.)

Sterling, simptomul; în boala von Economo, inversarea simptomului Ianișevski.

Bibl. — *Neurol. Pol.*, 1933/34, 16—17, 575. (A.W.)

Sterling-Okuniewski, simptomul; vezi Malcz, simptomul. (A.W.)

Sterling-Russetzky, reflexul (1925), așa-numitul „Rossolimo superior", în caz de leziuni ale căilor piramidale. Flexia degetelor mîinii, care atîrnă liber, ca răspuns la lovirea cu degetul. (A.W.)

Stern (1933), simptomul; se observă în leziunile cerebrale grave, în special ale cîmpului 6. Prehensiunea reflexă a obiectelor se asociază cu reflexul labial (reflexul labial poate fi determinat numai prin deschiderea și închiderea alternativă a palmelor).

Bibl. — STERN K.: *Zeitsch. gesam. Neurol. Psych.*, 1933, 143. (A.W.)

Stern (1923), sindromul; rigiditatea poliarticulară; *arthrogryposis multiplex congenita* (AMC); *contractura articularis congenita multiplex; amyoplasia congenitalis; myodystrophia foetalis deformans.* Sindromul indică o boală neuromusculară cu leziuni atrofice și diminuarea numărului celulelor în coarnele anterioare ale măduvei spinării, ceea ce poate indica poliomielita sau boala Werdnig-Hoffmann (vezi).

Bibl. — GROSSIORD A. și colab.: *Revue Neur.*, 1958, 98, 263. (A.W.)

Stern (1939), sindromul; *atrophia thalami;* atrofia bilaterală simetrică a tuberculilor talamici, determinînd gravă debilitate mintală care progresează rapid, dispariția reflexului fotomotor și de convergență, exagerarea reflexelor de prehensiune și labiale. (A.W.)

Sternberg, reflexele (I), (II); vezi reflexele Rossolimo. (A.W.)

Sterz, simptomul; *periodisches Schwanken der Hirnfunktion;* oscilație periodică a funcției encefalului, în scleroza vaselor

cerebrale. Pareze rapid tranzitorii ale uneia dintre extremităţi sau tulburări ale vorbirii, de asemenea cu caracter rapid tranzitoriu, care evoluează timp îndelungat fără tulburări ale valorii fizice complete. (A.W.)

Stevens-Johnson, complexul simptomatic (boala); *herpes iris conjunctivae; erythema polimorphum; erythema exsudativum multiforme cum ophthalmia et stomatitide; dermatostomatitis; erythema multiforme pluriorificiale;* eritem multiform bulos cu afectarea mucoaselor oculare şi bucală; *eruptio bullosum; ectodermosis erosiva pluriorificialis; eruptive fever with stomatitis and ophthalmia; mucocutaneous ocular syndrome.* Descris în 1822 de Alibert şi Bazin, în 1862 de Bazin, în 1866 de Hebra, în 1876 de Fuchs, în 1916 de Rendu şi Fassing, iar în 1922 de Stevens şi Johnson. Boala debutează de obicei brusc şi acut, cu febră mare. Pe conjunctivele palpebrale se formează pseudomembrane de culoare albă sau albă-gălbuie, care pot fi îndepărtate complet. Pot cuprinde conjunctiva bulbară, ca şi corneea. Dispar în decurs de 3—6 săptămîni. În cazurile complicate rămîn cicatrice conjunctivale şi leucom al corneei. Aproape simultan cu leziunle conjunctivale, apar pe piele pete eritematoase, bule sau papule, edem şi exsudat serosanguinolent la buze, care cuprinde cavitatea bucală pînă la bolta palatină, cu formare de multiple pseudomembrane, halenă fetidă; de asemenea organele genitale externe. Etiologia este probabil virală sau alergică. Unii autori socotesc că acest complex simptomatic, împreună cu boala Reiter (vezi), boala Beckett (vezi) şi complexul simptomatic Fisinger-Leroy (vezi) reprezintă varietăţi ale uneia şi aceleiaşi boli.

Bibl.: — NAROG F.: *Klinika Oczna*, 1956, 26, 395. (A.W.)

Stewart-Grieg-Morel, sindromul, vezi sindromul Morgani-Stewart-Morel. (A.W.)

Stewart-Holmes, simptomul; *rebond phenomen;* simptomul „restituirii". În caz de flexie puternică a extremităţii superioare în articulaţia cotului şi apăsării de către examinator a mîinii, strînsă pumn, în direcţia sa, în timp ce subiectul examinat trage antebraţul spre sine, iar apoi îi dă drumul brusc — la omul sănătos flexia încetează imediat, intrînd în funcţie muşchii antagonişti (tricepsul brahial), ceea ce duce la o mică extensie a extremităţii superioare. În caz de boli ale cerebelului, reflexul antagonic întîrziat şi slab, ca şi ataxia neinhibată, duc la flexie în continuare şi bolnavul se loveşte cu toată puterea, dacă examinatorul nu-l împiedică. (A.W.)

Stewart-Treves, complexul simptomatic; constă din apariţia unui sarcom angioblastic la locul edemului postoperator, după ablaţia glandei mamare cu evidarea limfoganglionilor axilari.

Bibl. — KOLODZIEJSKA H.: Zarys Onkologii; Nowotwory sutka, 1955. (A.W.)

Sticker, boala; sindromul Sticker, *erythema infectiosum; megalerythema infectiosum; erythema variabile; erythema simplex marginatum; erythema infantum febrile; epidemischer Kinderlauf;* cea de a cincea boală; eritemul infecţios; descrisă în 1899. Este determinată probabil de un virus apropiat de virusul rujeolei. Se îmbolnăvesc îndeosebi copiii de vîrstă preşcolară şi şcolară, calea de contaminare fiind prin picături. Perioada de incubaţie este de aproximativ 10 zile, debutul fiind de obicei brusc. Pe faţă apar mici leziuni eritematoase care confluează în formă de fluture, aceleaşi leziuni putînd fi observate pe feţele de extensie ale extremităţilor, unde, ulterior, iau aspect festonat şi în ghirlandă. Erupţia durează în medie 4—7 zile, dispărînd în caz de răcire a tegumentelor, reapărînd la încălzirea acestora. Au fost descrise recidive ale erupţiei pe parcursul cîtorva luni. (A.W.)

Stiffman, sindromul; *syndrome de l'homme raide.* Rigiditate musculară cu evoluţie progresivă, care apare la vîrsta de peste 50 de ani, cu miosclerozâ punctiformă, consecinţă a spasmelor periodice patologice. Această rigiditate poate duce la deformări ale coloanei vertebrale, ale extremităţilor, de exemplu picior var ecvin. Muşchiul devine consistent ca lemnul. Electromiograma nu indică devieri de la normal; de asemenea, nu există leziuni ale sistemului nervos. Anatomopatologic se pun în evidenţă leziuni ale fibrelor musculare, distribuirea anormală

Scanned with OKEN Scanner

a pigmentului, dispariția striației. Sindromul amintește accesul de spasme patologice, tetanosul cronic. Contractura musculară poate fi atît de puternică încît să se producă fractura osoasă.

Bibl. — PRICE și colab.: *Brit. med. Jour.*, 1958, 22, 682. (A.W.)

Stille-Hartshorne (1863), sindromul; *neurocirculatory asthenia;* astenia neurocirculatoare cu manifestări cardiovasculare. (A.W.)

Stilling-Türck-Duane, complexul simptomatic; complexul simptomatic de retracție al lui Duane; complexul simptomatic congenital de retracție; *congenital defects of abduction; congenital abduction deficiency; Strangfixation des Augapfels.* Se caracterizează prin: 1) limitarea importantă sau, cel mai adesea lipsa totală a mișcării de abducție a unui glob ocular, mai rar a ambilor globi oculari; 2) limitarea mai mult sau mai puțin manifestă a mișcării de adducție; 3) retracția globului ocular, îngustarea fantei palpebrale (pseudoptoză a pleoapei superioare) și devierea verticală a globului ocular afectat, în caz de adducție; 4) lagoftalmie și exoftalmie, la încercarea de abducție a globului ocular afectat; 5) insuficiență de convergență (globul ocular afectat rămîne în poziție inițială). Etiologia este necunoscută.

Bibl. — ORLEWSKI B. J., KRYCH J., MICHNIOWSKA-LEONOWICZ J.: *Acta Ophtal.*, 1961, 39, 6. (A.W.)

Stookey, simptomul: dependența presiunii lichidului cefalorahidian de sistemul venos al cavității abdominale. Apăsînd transabdominal pe vena cavă inferioară, presiunea lichidului cefalorahidian se mărește, fapt care devine manifest în timpul punctiei, cînd lichidul cefalorahidian se scurge mai repede. (A.W.)

Strachan, boala; formă de polinevrită, descrisă de autor în legătură cu apariția ei în Kingston, Jamaica; este considerată ca o manifestare clinică a pelagrei. (A.W.)

Stransky, reflexul: extensia halucelui, în caz de abducție a degetului al 5-lea; vezi reflexul Babinski. (A.W.)

Stransky-Regali, boala; descrisă în 1942. Anemie congenitală familială hemolitică care se întîlnește la populația malaeză. Boala debutează în copilărie cu anemie și icter. Se asociază splenomegalie. Tabloul sanguin arată, în afară de anemie hipocromă, eritroblastoză și eritrocitoză. În măduva osoasă se constată tabloul unei ușoare intensificări a eritropoiezei. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — STRANSKY E.: *Osterr. Ztschr. Kinderhk.*, 1948, 2, 110. (A.W.)

Strassburger, tip de creștere a tonusului pupilar; vezi simptomul Adie. (A.W.)

Strassmann I, simptomul de decolare a placentei. După omfalotomie, arterele ei se colabează, în timp ce vena rămîne în tensiune și umplută cu sînge, pînă la dezlipirea placentei. Percuția digitală pe fundul uterului se transmite la capătul distal al venei omfalice, ca o undă pulsatilă. Colabarea venei și lipsa undei, în proba mai sus descrisă, constituie o dovadă a dezlipirii de placentă.

Bibl. — SCHULTHEISS H., KOLLER T.: Lehrbuch der Geburtshilfe, vol. I, Basel, 1948. (A.W.)

Strassmann II, simptomul; în sarcina gemelară: în uterul gravid se pot determina două zone balotante.

Bibl. — WENNER R., KOLLER T.: Lehrbuch der Geburtshilfe, Basel, 1948. (A.W.)

Strauss, complexul simptomatic; *granulomatosis allergica;* inflamația granulomatoasă, alergică a vaselor cutanate, pulmonare, renale, hepatice, gastrointestinale. Etiologia este alergică. Boala este asemănătoare cu periarterita nodoasă și arteriolita alergică Ruiter. Manifestările cutanate sînt similare celor din boala Kussmaul-Meyer (vezi).

Bibl. — CHURG J., STRAUSS L.: *Amer. J. Path.*, 1951, 27, 277. (A.W.)

Strauss, complexul simptomatic; *paramyloidosis; amyloïdose systématysée dite primitive Degos;* amiloidoză generalizată. Leziunile se localizează în special în mușchii limbii, mucoasa cavității bucale și a tractului digestiv, în mușchii scheletali și miocard. Depunerile de amiloid în piele pot fi observate în mielomul multiplu, alte cauze fiind necunoscute. Un simptom precoce îl reprezintă macroglosia importantă cu aspect caracteristic și însoțită de durere. Leziunile cutanate amintesc leziu-

nile din scleremul circumscris sau mixedemul circumscris.

Bibl. — DEGOS R., DELORT J., HEWITT J.: *Bul. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1951, 58, 536. (A.W.)

Streiff, heterocromia; *heterochromia simplex.* Etiologia este necunoscută. (A.W.)

Stroehlin (1911), simptomul; sinkinezii, sub formă de mişcări involuntare, în hemiplegie. Se deosebesc: sinkinezii de retracţie — apariţia mişcărilor în extremitatea paralizată, atunci cînd se încearcă efectuarea mişcării de către extremitatea sănătoasă; sinkinezii de coordonare în muşchii sinergici; sinkinezii care imită mişcarea efectuată de partea opusă. (A.W.)

Struempell (1880), boala; *paralysis spinalis spastica heredo-familiaris;* paralizia spastică familială; descrisă de Seehgmuller cu 4 ani mai înainte. Se manifestă la vîrsta de 3—20 de ani, prin paralizie spastică a extremităţilor inferioare, hipertonie musculară foarte accentuată, hiperreflectivitate şi prezenţa de reflexe patologice. Orice mişcare activă determină convulsii clonice şi sinkinezii; flectarea coapsei determină contractura tonică a muşchiului tibial (simptomul tibial Struempell). În forma clinică Struempell-Loraine, la miastenia extremităţilor inferioare, cu îngreunarea mersului, se asociază tulburări de coordonare, tulburări de sensibilitate, uneori nistagmus şi atrofia nervilor optici. (A.W.)

Struempell (1879), reflexul; reflexul rotulian Westphall; reflexul *lig. patellae Erb; knee jerk Gowers;* denumit actualmente reflexul rotulian. Constă în contracţia muşchiului cvadriceps femural, ca răspuns la lovirea tendonului acestuia. Reflexul este fiziologic. În semiologia neurologică are importanţă reflexul exagerat sau reflexul atenuat, ca şi lipsa lui. Arcul reflex corespunde segmentului medular L_2. (A.W.)

Struempell, simptomul radial; în paralizia nervului radial: imposibilitatea strîngerii pumnului fără flectarea palmară a mîinii. (A.W.)

Struempell, simptomul tibial; vezi boala Struempell. (A.W.)

Struempell, boala; vezi Bechterew, boala. (A.W.)

Struempell-Leichtenstern (1889), boala; *encephalitis haemorrhagica acuta;* encefalita hemoragică acută în scarlatină, pneumonie, rujeolă, gripă. Histologic se pune în evidenţă purpură cerebrală. Evoluţia bolii este acută, cel mai adesea mortală. (A.W.)

Stuehmer, complexul simptomatic; *balanitis sclerotica obliterans post operationem;* descris în 1928. Leziuni atrofice ale glandului şi prepuţului, ca în *kraurosis glandis et praeputii penis Delbanco.* Se observă după intervenţii chirurgicale pe prepuţ; vezi de asemenea boala Delbanco.

Bibl. — FREEMAN CH., LAYMAN C. W.: *Archiv. Derm. Syph.*, 1941, 547. (A.W.)

Sturge-Weber, boala; boala Parkes-Weber-Osler-Dimitri; boala Sturge-Weber-Krabbe; complexul simptomatic Sturge-Weber-Dimitri; *angiomatosis encephalotrigeminalis; neuroangiomatosis craniofacialis;* descrisă în 1860 de Schirmer şi în 1879 de Sturge; descrierea a fost completată de Hebold în 1913 şi de Weber în 1922; descrisă drept complex simptomatic în 1929. Se caracterizează prin agiom plan *(naevus flammeus)* sau angiom tuberos *(naevus venosus)* unilateral al feţei şi mucoaselor, angiom al coroidei, sinuozitate a vaselor retiniene, glaucom. Radiologic se constată calcificări cerebrale caracteristice. Neurologic se caracterizează prin accese de epilepsie, pareze. Există tulburări psihice. În afară de formele complete au fost descrise forme fără glaucom (complexul simptomatic Jahnke), de asemenea forme bisimptomatice *(angiomatosis oculo-cutanea).* Se deosebesc: 1) complexul simptomatic Schirmer (1860), cu glaucom precoce; 2) complexul simptomatic Loford (1884), cu glaucom tardiv, fără mărirea volumului globului ocular; 3) complexul simptomatic Mills (1884), cu angiom al coroidei, fără glaucom; 4) complexul simptomatic Krabbe (1932) — *angiomatosis encephalo-trigemina;* de asemenea, forme de tranziţie între boala Sturge-Weber şi boala Klippel-Trénaunay (vezi) şi forme mixte. Etiologia este necunoscută. Este probabil urmare a unei

tulburări în dezvoltarea embrionară. Se observă de asemenea hipoplazie endocrină. Împreună cu boala Bourneville (vezi), boala Hippel-Lindau (vezi), boala Recklinghausen şi alte boli, este inclusă în grupul facomatozelor.

Bibl. — 1. GHINSBERG A. M.: *Oftalm. Jurn.*, 1960, 15, 292; 2. WÓJTOWICZ S., EMERYK B.: *Klinika Oczna*, 1958, 28, 357. (A.W.)

Sudeck, boala; atrofia osoasă Sudeck *(atrophia ossium Sudecki);* atrofia Sudeck *(Sudeck's atrophy);* atrofia osoasă reflexă *(reflex bone atrophy);* osteoporoza posttraumatică dureroasă *(painful posttraumatic osteoporosis);* boala Leriche; atrofia osoasă posttraumatică *(atrophie osseuse posttraumatique);* atrofia Sudeck-Kienböck *(Sudeck-Kienböckatrophie);* sindromul Sudeck-Leriche *(Sudeck-Leriche syndrome);* poroza Sudeck *(Sudeck-Porose);* sindromul traumatic *(traumatisches Syndrom);* boala Kienböck-Meisel *(Kienböck-Meiselsche Krankheit);* atrofia osoasă acută *(akute Knochenatrophie).* Descrisă în 1910. Este decalcifierea (atrofia) oaselor, de obicei ale pumnului şi gleznei, consecutivă unei traume sau arsuri. Ca rezultat al bolii se dezvoltă edem, limitarea mişcărilor articulaţiilor lezate, tulburări vasomotorii sub formă de temperatură cutanată locală crescută, cianoză, piele strălucitoare. Cauza bolii este considerată hiperemia locală (reflex vasomotor la traumatism).

Bibl. — BADER O., KOZMINSKI G.: *Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol.*, 1955, 1, 57. (D.B.)

Sugar, glaucomul pigmentar; *Scheie's idiopathic atrophy of the epithelial layer of iris and ciliary body.* Se caracterizează prin creşterea tensiunii oculare, în special la bărbaţii tineri; însoţeşte miopia. Este determinat de degenerescenţa epiteliului pigmentar al irisului şi corpului ciliar, care se manifestă în depunerea excesivă a pigmentului în regiunea trabeculelor corneo-albuminoase, în unghiul deschis şi larg al camerei anterioare. Pe suprafaţa posterioară a corneei se observă, de obicei, depuneri de pigment sub aspectul de „fus" Krukenberg (vezi). Tensiunea oculară este uşor crescută, fundul de ochi şi cîmpul vizual sînt cele caracteristice pentru glaucom. Substanţele vasodilatatoare produc la aceşti bolnavi o creştere a tensiunii oculare; ei reacţionează bine la pilocarpină.

Bibl. — MANNA F.: *Klinika Oczna*, 1959, 29, 233. (A.W.)

Suker, simptomul; descris în 1917. Constă din imposibilitatea menţinerii imobilităţii, în caz de poziţie laterală a ochilor (asemănător simptomului Moebius) (vezi). Se întîlneşte în boala Basedow.

Bibl. — SUKER: *J.A.M.A.*, 1917, 68, 1 255. (A.W.)

Sulzberger-Garbe, complexul simptomatic; *chronic exsudative lichenoid and discoid dermatosis.* Se caracterizează prin plăci care iniţial amintesc eczema numulară, iar ulterior, într-o fază mai avansată a bolii, faza premicotică a micozisului fungoid. Evoluţie cronică, recidivantă, cu prurit persistent. Diagnosticul se poate face prin examen histologic (infiltrat plasmocitar perivascular).

Bibl. — SACHS W., KIRSCH N. J.: *Journ. invest. Dermat.*, 1947, 8, 215. (A.W.)

Sutter-Luccioni (1957), sindromul; *le syndrome de carence de l'autorité parentale* (sindromul insuficientei autorităţi a părinţilor). Se manifestă prin trăsături psihopatice la copii: caracter capricios, discret egocentrism, voinţă slabă, stare de nesiguranţă.

Bibl. — *Ann. Med. Psych.*, 1957, 115, 1. (A.W.)

Sutton, nev pigmentar congenital; *leucoderma acquisitum centrifugum.* Nev pigmentar congenital, înconjurat de un larg lizereu acromic, cu marginile bine delimitate.

Bibl. — SUTTON R.: *Journ. Cut. Dis.*, 1916, 34, 797. (A.W.)

Sutton, complexul simptomatic; *periadenitis mucosa necrotica recurrens;* descris în 1941. Este una dintre varietăţile stomatitei aftoase recidivante. Debutează prin apariţia unui nodul care se ulcerează, apoi pe locul lui rămîne o mică cicatrice. Actualmente este încadrat printre simptomele marii aftoze Touraine.

Bibl. — SUTTON R.: *J. Amer. med. Ass.*, 1941, 117, 175. (A.W.)

Sydenham (1686), boala; *chorea minor; chorea vulgaris* (corea vulgară); coreea infecţioasă; dansul Sfîntului Witte sau dan-

sul Sfîntului Guy. Etiologic este în legătură cu reumatismul. Simptomul dominant îl reprezintă mişcările involuntare. (A.W.)

Sylvest, boala; sindromul Sylvest; boala Daae; boala Daae-Finsen; boala Bamb; boala Dangenan; *pleurodynia epidemica; myalgia epidemica; pleurodynia diaphragmatica contagiosa; febricula contagiosa; myositis acuta epidemica; grippe du diable; Teufelsgriff;* boala din Bornholm. Descrisă în 1930. Este produsă de virusul Coxsackie B., cu predominanţă estivală şi autumnală, sub forma de epidemii, endemii şi cazuri sporadice. Perioada de incubaţie durează cîteva zile. Boala se manifestă cu dureri vii în muşchii abdominali şi toracici, mai rar în cei ai extremităţilor, dureri care persistă cîteva ore, recidivînd de mai multe ori în decursul bolii; de asemenea febră şi inflamaţie catarală a căilor respiratorii superioare, uneori simptome de meningită limfocitară. Prognosticul este bun, paralizia nervilor periferici apărînd rareori. (A.W.)

Szily, *sclero-perikeratitis progressiva;* inflamaţia malignă a scleroticei şi coroidei Hippel; inflamaţia gelatinoasă a sclerei Schlodtmann; *scleritis anterior; scleritis anularis; scleritis gelatinosa; sulzige Skleritis; massives Granulom der Sklera;* sclerita cromatică. Descrisă în 1897 de Schlodtmann, în 1925 de Hippel şi în 1926 de Szily. Boala începe printr-un infiltrat în regiunea limbului cornean, care progresează destul de repede. În funcţie de intensitate, ocupă o porţiune a limbului sau progresează pericornean, înconjurînd corneea cu un inel. Apoi infiltratul cuprinde anterior corneea, în formă de peliculă, şi posterior sclera, unde se formează un infiltrat gelatinos. În scurt timp, toată porţiunea lezată a sclerei se aseamănă cu o masă gelatinoasă de culoare roşie-violacee. Soarta ochiului este decisă de obicei de complicaţiile din partea coroidei, care cel mai adesea duc la cecitate. În mod obişnuit, după un anumit timp (cîteva luni — un an) este afectat şi celălalt ochi. Femeile se îmbolnăvesc mai frecvent de această boală (4 : 3), la o vîrstă înaintată (vîrsta medie fiind de 68 de ani). Etiologia este necunoscută. Boala se întîlneşte rar.

Bibl. — LUFTMAN A.: *Klinika Oczna*, 1932, 10, 405. (A.W.)

Sciotkin-Blumberg, simptomul; vezi simptomul Blumberg-Sciotkin. (A.W.)

T

Takayashu, sindromul (boala); *thromb-arteriitis obliterans subclavio-carotica; pulseless disease; aortic arch syndrome; chronic subclavia-carotid obstruction syndrome; reversed coarctatio; obliteration of the arterial branches of aortic arch; aortite oblitérante; maladie sans pouls; Pulslose-Krankheit; Aortenboge-Syndrom;* „boala fără puls"; sindromul cîrjei aortice. Descris în 1908. Stenozarea sau obliterarea lumenului arterelor care iau naştere din cîrja aortei, ca urmare a unor

procese morbide inflamatoare sau reactive (colagenoză?). Simptome: senzaţie de oboseală şi slăbire a muşchilor jumătăţii superioare a corpului, care se accentuează în ortostatism şi în timpul lucrului, cefalee şi vertije, tulburări de memorie şi cunoştinţă, tulburări vizuale care se accentuează în ortostatism.

Extremităţile superioare sînt palide, reci, există atrofie a hipodermului şi ţesutului muscular de la nivelul feţei, regiunii cervicale şi centurii scapulare. Enoftalmie; ulceraţii trofice ale vîrfului nasului; activitatea cardiacă de obicei accelerată, ventriculul stîng hipertrofiat, suflu sistolico-diastolic, lipsa pulsului la arterele extremităţilor superioare, carotidiene şi temporale; la arterele extremităţilor inferioare, pulsul se palpează; presiunea arterială în arterele extremităţilor superioare nu poate fi stabilită sau este foarte scăzută, lipsesc oscilaţiile; la extremităţile inferioare presiunea arterială este crescută, iar devierile oscilometrice sînt accentuate. Sindromul se observă cel mai adeseori la femeile tinere. Etiologie: sifilis, arterioscleroză, tuberculoză, reumatism, traumatism; foarte deseori necunoscută. Prognosticul nefavorabil.

Bibl. — FEJGIN M.: *Pol. Tyg. lek.*, 1956, 49, 2 077. (A.W.)

Taussig-Bing, sindromul; descris în 1949. Leziune valvulară cardiacă combinată; deplasarea aortei (iese din ventriculul drept), prezenţa unui orificiu în septul interventricular, dispunerea arterei pulmonare călare pe această leziune şi hipertrofia ventriculului drept. Simptome: cianoză foarte marcată, de la naştere, îngroşări cilindroide ale degetelor de la mîini şi picioare; contururile cardiace mărite; suflu sistolic puternic, la baza inimii; radiologic, bombarea arcului arterei pulmonare de partea conturului stîng al inimii, accentuarea desenului vascular, pulsări în hiluri; electrocardiograma indică suprasolicitarea ventriculului drept; angiocardiografia arată o umbrire mai rapidă a aortei decît a arterei pulmonare, o importantă dilatare a arcului arterei pulmonare; cateterismul cardiac arată prezenţa orificiului în septul interventricular. Prognosticul este destul de bun. (A.W).

Tay, coroidita gutată centrală; vezi *chorioiditis guttata.* (A.W.)

Tay-Sachs, boala; forma infantilă a demenţei familiale cu amauroză de tip Tay-Sachs-Schaffer; *idiotismus familiaris amauroticus.* Descrisă de Tay în 1881 şi de Sachs în 1887. Degenerescenţa celulelor ganglionare ale retinei şi encefalului (degenerescenţa Schaffer-Spielmeyer); celulele nervoase împreună cu dendritele sînt rotunjite, balonate, umplute cu o reţea de granulaţii lipoidice, corpusculii Nissl şi fibrele nervoase se atrofiază, nucleul se deplasează către periferia celulei. Boala apare în lunile a 3-a — a 6-a de viaţă. Simptome: somnolenţă, apatie, copilul aşezat cade inert (simptomul „cadavrului"); apoi apare demenţa, scăderea tonusului muscular, slăbirea acuităţii vizuale la ambii ochi, pînă la amauroza totală. Pe fundul de ochi, bilateral, se observă opacifierea albă a retinei în regiunea maculară, în centrul ei fiind vizibilă o maculă roşie-vişinie (zmeurie); apare atrofia nervilor optici. Se observă nistagmus şi strabism. Se accentuează auzul, apar tulburări vegetative şi vasomotorii. Paralizia evolutivă duce la moarte în cel de al 2-lea — al 3-lea an de viaţă. Etiologia necunoscută. Forma infantilă tardivă (intermediară) este cunoscută sub denumirea de boala Janski (1910); — Bielschowsky (1914); cea juvenilă, drept boala Vogt (1906); — Spielmeyer (1905) (vezi); cea adultă, ca boala Kufs (1925); formă presenilă — van Bogardt-Boremanns (1937), iar cea congenitală — boala Normann-Wood (1941).

Bibl. — ANDERSON B., MARGOLIS G., LYNN W. S.: *Amer. Journ. Ophth.*, 1958, 45, 4/II, 23. (A.W.)

Taylor-Howard, complexul simptomatic; *pelvic neurotonic syndrome; syndrome neuro-végétatif pelvien.* Hipoplazie congenitală a trompelor uterine; acestea sînt scurte, nu ajung pînă la ligamentele uterosacrate, au fimbrii scurte; de asemenea hipoplazie ovariană. Toate organele micului bazin, îndeosebi uterul şi trompele, sînt extrem de cianozate.

Bibl. — BERTRAND P., DELACOSTE I.: La fonction tubaire et ses troubles, Paris, 1956. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Terry, boala; *fibroplasia retrolentalis; pseudogliome des prématurés; malformation conjonctive du corps vitré; repli congénital de la rétine; retinopathy of prematurity.* Proliferarea retrocristalinică a unui ţesut fibros. Descrisă în 1942 de Terry, cu toate că observaţiile mult anterioare (greu de deosebit azi de boala Ries) datează din 1820 (Travers) şi 1855 (Howard). Apare între a doua şi a treia lună de viaţă (întotdeauna înainte de săptămîna a 10-a de viaţă, cu atît mai tardiv cu cît copilul prematur este mai slab). Începe cu dilatarea şi contorsionarea vaselor retiniene, de obicei cu hemoragii retiniene şi în corpul vitros. Apoi în regiunea *ora serrata* apare un edem cenuşiu care difuzează şi duce la dezlipirea de retină; retrocristalinic apar mase de fibrină albe-cenuşii.

În faza activă se deosebesc 5 stadii succesive: 1) dilatarea şi contorsionarea vaselor retiniene; 2) apar vase neoformate şi leziuni (edem) ale marginii retinei; 3) dezlipirea marginală a retinei; 4) dezlipirea inelară sau în sector a retinei; 5) dezlipirea totală de retină. În ultimul stadiu poate apărea o cataractă complicată, precedată de dispariţia camerei anterioare a ochiului, atrofia irisului cu aderenţe posterioare, alungirea procesului ciliar, micşorarea volumului globului ocular. Faza cicatriceală are de asemenea 5 stadii: 1) apariţia unui ţesut opac pe fundul de ochi; 2) proliferarea şi difuzarea ţesutului spre periferie, unde se observă de asemenea dezlipirea retinei; 3) la periferia fundului de ochi apare un ţesut cicatriceal opac, de la care pliul retinian ajunge la papila nervului optic; 4) procesul cicatriceal se întinde pînă la centru, acoperind o parte a pupilei, un sector al retinei rămînînd încă de culoare roz; 5) ţesutul cicatriceal albicios ocupă toată pupila. Evoluţia se complică cu creşterea tensiunii intraoculare. Uneori survine o involuţie spontană a bolii, în faza ei activă. Boala afectează ambii ochi simultan sau succesiv. Este în legătură, după părerea multor autori, cu administrarea de oxigen în cantitate excesivă, mamei, în timpul naşterii.

Bibl. — MELANOWSKI W. H., KOBUSZEWSKA-FARYNA M.: *Klin. oczna*, 1956, 26, 199. (A.W.)

Tietz, complexul simptomatic; *chondropatia tuberosa; costal syndrome non specyfic; non suppurative swelling of rib cartilage; costal chondritis; tuméfaction douloureuse de la jonction chondrocostale; Dystrophie oder Perichondritis rheumatica.* Descris în 1921. La capătul sternal al coastelor, la limita dintre porţiunea osoasă şi cea cartilaginoasă, apar formaţiuni proeminente, bombate, dureroase, fără semne inflamatoare. Se observă mai frecvent la femeile care efectuează o muncă fizică grea. Drept cauză se admite traumatizarea repetată a acestei regiuni.

Bibl. — DMOCHOWSKI J.: *Pol. Przegl. Chir.*, 1958, 9, 955. (A.W.)

Tilbury-Fox, boala; *impetigo contagiosa s. vulgaris.* Reprezintă o infecţie streptococică, uneori în asociaţie cu una stafilococică. În regiunile descoperite (faţă, mîini) apar vezicule, flictene, pustule, la început cu conţinut seros. Contagiozitatea este mare, îndeosebi printre copii. Deseori reprezintă o complicaţie a bolilor pruriginoase. Impetigoul bulos al nounăscuţilor este o varietate a impetigoului vulgar.

Bibl. — BERNHARDT R.: *Przegl. Dermat.*, 1922, 1. (A.W.)

Tilbury-Fox, *lupus follicularis disseminatus faciei; lupoid seu lupus miliaris disseminatus faciei;* lupus miliar diseminat al feţei. Apare prin diseminare hematogenă a bacililor, exclusiv la adulţi cu o foarte marcată rezistenţă antituberculoasă. Se localizează numai la faţă. Reacţiile la tuberculină sînt slab pozitive sau negative. Mici tuberculi (2—4 mm) diseminaţi apar pe obraji, lîngă unghiurile maxilarelor. La vitropresiune se remarcă coloraţie gălbuie. Evoluţie cronică. După resorbţia elementelor eruptive rămîne o atrofie cutanată neînsemnată.

Bibl. — LEYMON C. W., MICHELSON H. E.: *Arch. Derm. Syph.*, 1946, 42, 625. (A.W.)

Tinel, reflexe medulare; vezi reflexele Thomas. (A.W.)

Tinel, simptomul; senzaţia de furnicătură în porţiunile distale ale extremităţii, după lovirea cu ciocanul de reflexe în regiunea nervului periferic; indică o lezare parţială a acestuia sau începutul regenerării sale. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Tinel, simptomul; în sindroamele craniene posttraumatice. Accentuarea cefaleei în regiunea occipitală, în caz de maximă flectare înapoi a capului sau compresiune pe venele jugulare. (A.W.)

Tinel, sindromul; acromelalgia. Se caracterizează prin dureri paroxistice ale extremităţilor membrelor, fără edem sau eritem. (A.W.)

Thalma-Krabbe, boala; vezi Thomsen, boala. (A.W.)

Theimick, simptomul: extensia buzelor, în urma lovirii cu ciocanul de percuţie a muşchiului orbicular al buzelor. (A.W.)

Theodor, simptomul; se întîlneşte în rubeolă şi constă din mărirea uniformă şi simultană a aproape tuturor limfoganglionilor periferici. (A.W.)

Thersil, complexul simptomatic; *turricephalia; crâne de Thersil; crâne en tour.* Boala congenitală care constă din osificarea prematură a suturilor oaselor craniene. Craniul se dezvoltă în sus şi înapoi, luînd formă de turn (oxocefalie) sau ovală. Pe radiografia craniană se văd foarte evident impresiunile digitale şi lordoză cervicală. Pe lîngă aceasta se mai observă prognatism, exoftalmie, atrofia uni- sau bilaterală a nervilor optici, ca urmare a leziunilor craniene, nistagmus, limitarea mişcărilor oculare, uneori crize epileptice şi oligofrenie.

Bibl. — BERTOLOTTI M.: *Presse méd.*, 1912, 5, 332. (A.W.)

Thévenard-Alajouanine-Gabszewicz, reflexele de atîrnare; reflexe fiziologice. În poziţia de genuflexie, greutatea corpului o menţine muşchiul cvadriceps femural. În ortostatism, contracţia tonică a muşchilor occipitali, ai sacrului, ai bazinului şi ai suprafeţei posterioare a femurului, echilibrează atîrnarea capului în faţă, asigurînd totodată şi fixarea organelor cavităţii abdominale şi bazinului. Aceste reflexe dispar în caz de leziuni masive ale sistemului nervos central (decerebrare). (A.W.)

Thibierge-Weissenbach, complexul simptomatic; existenţa concomitentă a bolii Reynaud, a sclerodactiliei, a depunerii de calciu subcutanat şi a cataractei. (A.W.)

Thiemann, boala; *morbus Thiemanni; osteochondritis ossis metacarpi et metatarsi; avascular necrosis of the phalanges of the hands; maladie de Thiemann-Fleischener; Thiemannsche Erkrankung der Finger und Zehen.* Descrisă în 1909. Se caracterizează prin apariţia necrozei aseptice subcartilaginoase la vîrfurile oaselor de la mîini şi picioare. Procesul morbid apare între 12 şi 17 ani, în orice caz înainte de pubertate, evoluţia terminîndu-se o dată cu osificarea zonei metafizare de creştere. Ca urmare rămîn deformaţii.

Bibl. — NADOLSKI Z.: *Pol. Przegl. Chir.*, 1956, 2, 150. (A.W.)

Thirkin, simptomul: apariţia cifozei compensatoare între porţiunea mobilă lombară a coloanei vertebrale şi cea toracică, imobilă, în caz de spondilolisteză.

Bibl. — MERCER W.: *Orthop. Surg.*, 1948, 514. (A.W.)

Thomas, boala; vezi Marie-Foix-Alajouanine, boala. (A.W.)

Thomas, reflexele; sînt de două tipuri: *1.* Reflexul pilomotor superior medular descendent Tinel, fiziologic, provocat prin răcirea regiunii axilare: apariţia simptomului „piele de gîscă" pe suprafaţa superioară a umărului, regiunile acromială, scapulară, a antebraţului, apoi pe regiunea cervicală, pe trunchi, coapsă şi gambă. 2. Simptomul pilomotor medular ascendent Tinel: „pielea de gîscă" apare mai întîi la coapsă şi trunchi, apoi se transmite la extremitatea superioară, gît şi faţă. Modificările reflexelor indică tulburări ale sistemului simpatic şi parasimpatic; prezintă importanţă în localizarea nivelului leziunii medulare. (A.W.)

Thomas (1905), simptomul; *anisosthenia;* lipsa lui se întîlneşte în sindroamele cerebeloase, de partea leziunii. Dacă bolnavul, aşezat în decubit lateral, este împins, piciorul de partea de unde este împins se ridică şi trece lateral de partea opusă. (A.W.)

Thomas simptomul cerebelos. Dacă bolnavului, aflat în decubit dorsal, examinatorul îi abduce şi adduce de cîteva ori genunchiul, apoi îi dă drumul, de partea leziunii, extremitatea cade inertă, în poziţie de rotaţie în afară. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Thomas, simptomul cerebelos. În ortostatism, înclinația de partea sănătoasă produce creșterea tonusului extensorilor de aceeași parte și abducția celeilalte extremități inferioare. În înclinația de partea leziunii nu se produce nici creșterea homolaterală a tonusului extensorilor, nici abducția celeilalte extremități inferioare. (A.W.)

Thomas, simptomul cerebelos. „Rigiditatea încordării", care se întîlnește în special în caz de leziuni ale vermisului: bolnavul se deplasează ca un stîlp, părînd a fi fixat în poziție de ortostatism. (A.W.)

Thomas (1914), simptomul; descris împreună cu Roux. Apariția asteniei și tahicardiei, precum și creșterea presiunii arteriale diastolice, în caz de apăsare profundă pe regiunea epigastrică, pe linia mediană (plexul solar); deosebit de manifest în distoniile neurovegetative. (A.W.)

Thomas, simptomul fularului; *signe du foulard;* în bolile cerebelului. Bolnavul nu poate cuprinde strîns regiunea cervicală, cu brațul și antebrațul său, de partea bolnavă, datorită scăderii inegale a tonusului mușchiului deltoid. (A.W.)

Thomas, sindromul parietalului superior; hemipareză cu hiperreflectivitate, hemihipoestezie cu tulburări ale sensibilității tactile, predominant, și ale simțului de poziție, dismetrie, bradikinezie, apraxie ideatoare, cecitate verbală. (A.W.)

Thomas-Jumentie, simptomul de prehensiune în bolile cerebeloase. Încă de la începutul mișcării de prehensiune, bolnavul deschide larg palma. (A.W.)

Thomas-Jumentie, simptomul; *signe du reversement;* este datorit scăderii tonusului mușchilor supinatori. Pronația rapidă a extremităților superioare, care se găsesc în poziție de extensie și supinație, cu abducția policelor, duce la o orientare mai joasă a policelui de partea bolnavă. (A.W.)

Thompson, boala; *poikiloderma congenitale;* poikilodermia vasculară congenitală. Debutează imediat după naștere sau ceva mai tîrziu, în cursul primului an de viață. Apar edeme inflamatoare, urmate de atrofie, dilatații vasculare și tulburări de pigmentație. Sînt descrise de asemenea defecte de creștere a unghiilor, dinților și oaselor. Boala se aseamănă mult cu boala Rothmund (vezi), lipsesc însă cataracta și tulburările endocrine.

Bibl. — THOMPSON M. S.: *Brit. Journ. Derm. Syph.*, 1936, 158, 221. (A.W.)

Thomsen (1876), boala; *myotonia congenita;* miotonia congenitală. Descrisă de Thomsen. Debutează în prima copilărie. Se manifestă prin persistența contracției excesiv de îndelungată a mușchilor (rigiditate miotonică), produsă de orice mișcare voluntară. Prin repetarea acelorași mișcări voluntare, contractura musculară cedează treptat și mișcările devin libere. Simptomele se accentuează sub influența epuizării, încordării fizice excesive, frigului, emoției. Reacția electrică tipică, descrisă de Jolly, este evidentă de cele mai multe ori la mușchii tenari, ai limbii, la mușchii biceps și triceps sural: în caz de excitare directă a mușchilor cu curent electric alternativ apare o contracție lungă, care persistă chiar după întreruperea excitației. Excitarea cu ciocanul de reflexe produce același efect (așa-numita reacție miotonică mecanică). Evoluția bolii este lent progresivă, cel mai adesori fără variații. Patogenic este vorba de tulburări ale conexiunii mio-neurale, ca și de tulburări ale metabolismului acetilcolinei. Formele clinice ale bolii Thomsen sînt: 1) *Gamppa crampus-myotonia* — contracții musculare dureroase, cu reacție miotonică pozitivă; 2) miotonia congenitală Martins-Hanseman, periodică — reacția miotonică se manifestă numai iarna; 3) miotonia latentă Orzechowski — lipsesc tulburările miotonice din timpul mișcărilor active ale mușchilor, cu reacție miotonică tipică; 4) *myotonia paralytica Sten-Grixoni,* separată de Orzechowski în 1921 — factorul paretic predomină asupra dificultății relaxării, mascînd în felul acesta prelungirea activă a mișcării; 5) miotonia dobîndită, cu manifestare abortivă, la o vîrstă mai înaintată. (A.W.)

Thost-Unn, complexul simptomatic; *keratoma palmare et plantare hereditarium; ichtyosis palmaris et plantaris; kératodermie symmétrique héréditaire;* keratodermia palmo-plantară simetrică fami-

lială. Descrisă în 1880—1883. Apare încă din primii doi ani de viaţă, manifestîndu-se printr-o keratinizare excesivă, care cuprinde în întregime palmele şi plantele, împreună cu suprafeţele palmare şi, respectiv, plantare, ale degetelor. Stratul cornos atinge grosimi pînă la 2 cm, fiind delimitat de pielea sănătoasă printr-un burelet roşu-liliachiu, larg de 0,5—1 cm. Suprafaţa keratinizată prezintă adeseori fisuri care o împart în porţiuni de forme diferite. Unghiile sînt mult modificate, cu keratinizare excesivă a lojii ungheale. Degetele pot fi deformate. Uneori se asociază placarde de keratodermide cu alte localizări (genunchi, coate, plicile articulaţiilor). Boala poate dura toată viaţa.

Bibl. — HANHARDT E.: *Dermatologica*, 1947, 24, 5/6, 286. (A.W.)

Throckmorton (1911), reflexul (I): extensia halucelui ca urmare a lovirii cu ciocanul a regiunii metatarso-falangiene; vezi Babinski, reflexul. (A.W.)

Throckmorton (1926), reflexul (II): extensia halucelui ca urmare a excitării lui median faţă de tendonul marelui extensor; vezi Babinski, simptomul. (A.W.)

Tobias, sindromul; tumoare apicală a plămînului; vezi Pancoast, sindromul. (A.W.)

Toerek, *syringocystadenoma s. syringoma;* vezi Jacques-Darier, complexul simptomatic. (A.W.)

Tolocinov-Roger, boala; *defectus septi ventriculorum;* vezi Roger, boala. (A.W.)

Tommasoli, complexul simptomatic; *acrokeratoma hystriciforme hereditarium.* În regiunile descoperite, pielea este aspră, rugoasă, acoperită de scuame cornoase, de culoare închisă, ca în *ihtyosis hystrix.* Se localizează de predilecţie pe suprafeţele de extensie ale extremităţilor şi marilor articulaţii.

Bibl. — COCKAY E.: *Inherit. abnorm. skin.*, 1933, 186. (A.W.)

Tommasoli, *condylomatosis pemphigoides maligna;* vezi *pemphigus vegetans.* (A.W.)

Tornwaldt, boala; *Tornwaldtitis; Tornwaldti bursitis; bursitis pharyngea.* Descrisă în 1885. Inflamaţia cronică a fosetei Rosenmüller *(recessus pharyngeus medius)*, în care se formează un chist cu conţinut mucos sau purulent. Chistul îngustează rinofaringele şi îngreunează respiraţia nazală. Apare ca urmare a retenţiei secreţiei în *recessus pharyngeus Luschkae* rezidual.

Bibl. — TORNWALDT G. L.: Über die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraumkrankheiten, Wiesbaden, 1885. (A.W.)

Toulouse-Vulpas, reflexul; vezi Laehr-Hennenberg, reflexul labial (de sugere). (A.W.)

Toulouse-Vulpas, simptomul; reflex labial în sindroamele bulbare. Strîngerea buzelor în formă de bot, cînd se percută buza inferioară pe linia mediană. (A.W.)

Touraine, boala; *melanoblastosis neurocutanea.* Prezenţa de melanoblastoame cutanate şi de melanoză a leptomeningelui, uneori de formă tuberoasă, provocînd accese epileptice şi tulburări caracterologice (schimbări ale personalităţii). (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *épidermolyse bulleuse hyperplastique.* Apare imediat după naştere sau ceva mai tîrziu. Flictenele, în special posttraumatice, sînt profunde sau superficiale. Uneori apar fără cauză aparentă, la extremităţi, mai rar pe mucoase. Simptomul Nikolski este deseori pozitiv. Epitelizarea este urmată de cicatrice, atrofie şi *milia.* Uneori se asociază alte vicii de dezvoltare: ihtioză, hipotrichie, leziuni ungheale, hiperpigmentaţie, keratoză palmo-plantară sau foliculară. Starea generală este bună. O varietate a acestui complex simptomatic o reprezintă *papuloidea Pasini epidermolysis bullosa.*

Bibl. — TOURAINE A.: L'Hérédité en Médecine, Ed. Masson, 1955, 472. (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *épidermolyse bulleuse polydysplasique.* Flictene profunde (subepiteliale), deseori cu conţinut hemoragic, de origine traumatică sau idiopatică, pot apărea pe întreg tegumentul şi pe mucoase. Simptomul Nikolski este deseori pozitiv. După vindecare rămîn cicatrice atrofice şi *milia.* Frecvent se asociază: *xerodermia praesenilis*, lipsa unghiilor sau unghii rudimentare, hipotricoză, tulburări endocrine şi psihice. Transmitere ereditară, în special recesivă.

Bibl. — TOURAINE A.: L'Hérédité en Médecine, Ed. Masson, Paris, 1955. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Touraine, complexul simptomatic; *kératoses congénitales; génodermatoses Touraine.* Aici sînt incluse multe complexe simptomatice, descrise (1913—1945) sub diferite denumiri, privind fie numai anomalii congenitale (constînd din keratinizarea excesivă a epidermului), fie astfel de anomalii asociate cu leziuni cutanate eritematoase, cu vicii de dezvoltare a pielii (parakeratoză, diskeratoză, acantoliză etc.) sau a anexelor pielii, a sistemului nervos, mezodermului şi cu tulburări trofice generale.

Bibl. — TOURAINE A.: *Annal. Derm. Syph.*, 1958, 3, 257. (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *lentiginose centrofaciale neurodysraphique.* Descris pentru prima oară în 1941. Etiologia necunoscută. Constă din existenţa simultană a unui număr mai mare sau mai mic de pete lenticulare *(lentigines)* în porţiunea centrală a feţei (nasul şi regiunile învecinate ale obrajilor), a unor tulburări neuro-psihice (hemiparalizii, accese de epilepsie, oligofrenie etc., care se observă în copilărie) şi a variate anomalii osoase (frunte olimpiană, boltă palatină ogivală, înfundarea cuştii toracice, lipsa apendicelui xifoid, deformaţii ale coloanei vertebrale în porţiunea sa cervicotoracică, anomalii în conformaţia şeii turceşti şi a bazei craniului). Are deseori caracter familial şi se transmite ereditar. Drept cauze se indică de asemenea alcoolismul şi sifilisul la părinţi.

Bibl. — TOURAINE A.: *Presse méd.*, 1958, 72, 1 611. (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *onycharthrosis.* Descris în 1943. Constă din aplazie parţială sau totală a unghiilor şi din anomalii osoase importante (lipsa rotulelor, lipsă de dezvoltare a condilului femural extern, a condilului humerusului etc.). Există şi forme fruste. Boala este ereditară.

Bibl. — TOURAINE A.: *Progrès méd.*, 1943, 1, 7. (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *polyfibromatose héréditaire.* Descris în 1945. Se referă la predispoziţiile constituţionale şi ereditare ale organismului, la apariţia de infiltrate inflamatoare care suferă o transformare fibroasă *(infiltrations fibreuses).* În diferite regiuni ale corpului apar noduli şi formaţiuni tuberoase, deseori multiple (boala Dupuytrène, cheloizi, *induratio penis plastica,* dermatofibromata etc.).

Bibl. — TOURAINE A., RUEL H.: *Ann. Derm. Syph.*, 1945, 5, 1/2, 1. (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *polykératose congénitale.* Descris în 1913. Se referă la diversele tulburări congenitale, diseminate şi de sistem, ale keratinizării. În această mare grupă a keratozelor autorul include: *keratosis palmoplantaris diffusa, disseminata, striata,* complexul simptomatic Jadassohn-Lewandowski, keratozele foliculare, *ichtyosis hystrix, erythrodermia ichtyosiformis congenita, ichtyosis foetalis, erythrokeratodermiae,* anumite leucoplazii linguale şi ale altor mucoase, *pachyonychiae* etc.

Bibl. — TOURAINE A.: *Presse méd.*, 1954, 62, 1 289. (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *polyplastose congénitale.* Descris în 1943. Se referă la diverse procese patologice congenitale şi vicii de dezvoltare, în legătură cu procese de hipertrofie şi hiperfuncţie, cel mai adesea ereditare (cu ereditate dominantă). În afară de *acanthosis nigricans,* autorul include în acest complex simptomatic: *naevi pigmentosi multiplices, naevi cellulares, cutis verticis gyrata, hyperhydrosis, hypertrichosis, papillomatosis* (labială, linguală, palatină şi a altor mucoase), hipertiroidie, obezitate, tumori viscerale etc.

Bibl. — TOURAINE A.: *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1943, 329. (A.W.)

Touraine, complexul simptomatic; *purpura teleangiectodes arciformis;* purpura maculoasă. Este o varietate a bolii Majocchi (vezi). Se deosebeşte printr-o evoluţie mai rapidă, contururi arciforme ale elementelor eruptive, uneori dimensiunile lor mari, precum şi prin faptul că apare frecvent la femei. Erupţia se localizează la membrele inferioare.

Bibl. — KOZLOWSKI J., LUKASIAK B.: *Przegl. Dermat. i Wener.*, 1957, 1, 27. (A.W.)

Touraine, forma malignă a epidermolizei buloase. Descrisă în 1952. În 59% din cazuri survine moarte intrauterină

Scanned with OKEN Scanner

sau în primele zile după naştere. De obicei se asociază şi alte vicii de dezvoltare.

Bibl. — TOURAINE A.: *Ann. Derm. Syph.*, 1942, 2, 5/6, 309. (A.W.)

Touraine, triada; *grande aphtosis chronica recidivans;* afte cronice recidivante; marea aftoză Touraine. Se pare că este vorba de o infecţie cu un virus încă necunoscut. Atrage atenţia marea similitudine a simptomelor clinice cu *ectodermosis pluriorificialis Fiessinger-Rendu* sau cu complexul simptomatic Stevens-Johnson. Complexul simptomatic Behçet (vezi) este varietatea cea mai gravă a acestui complex simptomatic. Marea aftoză Touraine se compune din următoarea triadă simptomatică: leziuni ale mucoasei cavităţii bucale (care seamănă cu aftele tipice), leziuni ulcerative genitale (care seamănă cu *ulcus vulvae acutum Lipschütz)* şi erupţii cutanate polimorfe, ca eritem polimorf, eritem nodos şi foliculită caracteristică, amintind aftele. Destul de frecvent se asociază tromboflebită, iar uneori apar complicaţii din partea sistemului nervos central (meningoencefalită) şi boli articulare. Evoluţia bolii este cronică, recidivantă.

Bibl. — TOURAINE A.: *Bull. Soc. franç. Dermat. Syph.*, 1941, 48, 61. (A.W.)

Touraine-Solente, complexul simptomatic; *neurofibromes miliares.* Este vorba de nevi congenitali pigmentari, ca nişte mici papule, situaţi în profunzimea pielii, de aspect normal, care ocupă uneori întreg tegumentul, cu excepţia palmelor şi plantelor.

Bibl. — TOURAINE A., SOLENTE S.: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1944, 85. (A.W.)

Touraine-Solente, complexul simptomatic; *naevi achromici; naevi blancs;* nevi pigmentari congenitali acromici. Prezenţa, încă din prima copilărie, a unor formaţiuni cutanate acromice, uneori cu dispoziţie liniară, metamerică sau unilaterală.

Bibl. — TOURAINE A., SOLENTE S.: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1936, 609. (A.W.)

Touraine-Solente-Golé, complexul simptomatic; *pachydermie plicaturée avec pachypériostose de la face et des extrémités.* Constă din hipertrofia ţesutului conjunctiv, a glandelor sebacee şi sudoripare, cu îngroşarea şi plicaturarea pielii la extremităţi, pielea capului şi îndeosebi pe frunte. Se observă de asemenea îngroşarea periostului, fără modificări radiologice ale structurii osoase.

Bibl. — TOURAINE A., SOLENTE S., GOLÉ: *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1935, 283. (A.W.)

Tournay, simptomul; descris în 1917. Constă din midriază la ochiul care se găseşte în abducţie maximă (adică, dreptul în timpul întoarcerii privirii spre dreapta, şi invers); are importanţă pentru evitarea greşelilor de diagnostic, cu toate că nu este întotdeauna suficient de manifest.

Bibl. — TOURNAY: *Bull. Acad. Méd.*, 1917, 77, 680. (A.W.)

Trelat, simptomul: mici granulaţii gălbui, în jurul ulceraţiilor tuberculoase din cavitatea bucală. (A.W.)

Trendelenburg, simptomul; proba Trendelenburg în varicele membrelor inferioare, indicînd insuficienţa valvulelor venoase. Bolnavul fiind în decubit dorsal se comprimă cu degetul vena femurală, în regiunea inghinală, după care bolnavul este invitat să se ridice în picioare; se observă cum venele varicoase se umplu cu sînge. În caz de insuficienţă a valvulelor venoase, rămîn goale, pînă se comprimă manual vena pe coapsă. (A.W.)

Trendelenburg, simptomul; *symptom Trendelenburgi; Trendelenburg sign;* se observă în caz de insuficienţă a muşchiului fesier mijlociu, ca urmare a paraliziei acestuia. Cel mai adesea se întîlneşte în luxaţia congenitală a şoldului, de asemenea în boala Little (vezi) şi în procesele inflamatoare ale rădăcinilor anterioare ale măduvei spinării. La bolnavul privit din spate se observă coborîrea bazinului de partea sănătoasă, dacă el se sprijină pe piciorul bolnav şi îl ridică pe cel sănătos. (A.W.)

Tresilian, simptomul; vezi Mourson, simptomul. (A.W.)

Triumfov (1927), reflexul abdominal tendinos: contracţia muşchilor abdominali ca urmare a percuţiei simfizei pubiene. Absenţa reflexului indică o leziune medulară la nivelul D_6—D_{12}. (A.W.)

Scanned with OKEN Scanner

Troemner (1911), reflexul (I): extensia halucelui ca urmare a masajului pulpei; vezi Babinski, reflexul. (A.W.)

Troemner (1926), reflexul (II): *resistance reflex*. Descris de Lichtman (1941). Modificare a reflexului Babinski: automatism medular de apărare, care constă din flectarea reflexă a articulaţiilor extremităţii inferioare, în caz de excitare a plantei; vezi Babinski, reflexul. (A.W.)

Troemner (1912), reflexul; *Fingerbeugephänomen*. Se întîlneşte în leziunile căilor piramidale: lovirea cu ciocanul de reflexe a suprafeţei palmare a degetelor al 3-lea şi al 4-lea, în poziţia de flexiune a degetelor, produce flectarea tuturor degetelor, inclusiv a policelui. Acest reflex este analog reflexului Hoffmann. (A.W.)

Troissier-Hanot-Chauffard, complexul simptomatic; complexul simptomatic Hanot-Chauffard; *haemochromatosis; bronze diabetes;* hemocromatoză. Descris în 1882. Etiologia necunoscută. Constă din depunerea de hemosiderină şi hemofuscină în diverse organe şi în piele, ceea ce duce la hiperpigmentaţie, mai curînd cenuşiu-albăstruie decît brună, semănînd, după aspect şi localizare, cu boala Addison (vezi). Lipsesc însă leziunile pigmentare ale mucoaselor caracteristice pentru boala Addison. Apar diabet zaharat, urmare a cirozei pancreasului, splenomegalie, uneori şi hepatomegalie *(cirrhosis pigmentosa)*. Există porfirinurie şi sideremie. Se observă îndeosebi la bărbaţi, după 40 de ani. Cauzele bolii: intoxicaţie (cupru), avitaminoză, tulburări endocrine (hipofizare).

Bibl. — MONTGOMERY H., O'LERY P. A.: *Arch. Derm. Syph.*, 1930, 21, 7. (A.W.)

Trotter, complexul simptomatic. Descris în 1911. Constă din apariţia a trei simptome fundamentale, în caz de tumori nazofaringiene: 1) surditate unilaterală, în urma obstruării trompei lui Eustache; 2) dureri, ca urmare a compresiunii nervului maxilar inferior; 3) limitarea mobilităţii vălului palatin, ca urmare a infiltraţiei tumorale a muşchilor care ridică vălul palatin, în caz de proliferare a tumorii maligne în nazofaringe.

Bibl. — TROTTER V.: *Lancet*, 1911, 1, 1 277. (A.W.)

Trousseau, boala; *neuralgia facialis isolata;* tic dureros al feţei, care provoacă durere vie hemifacială, durează cîteva secunde şi se repetă, la intervale diferite, timp de cîteva săptămîni. Boala se localizează exclusiv în regiunea cutaneo-mucoasă a celor 3 ramuri ale nervului al 5-lea, apărînd în timpul vorbirii şi masticaţiei. Nu se constată modificări obiective. Boala poate fi în legătură cu o infecţie de focar, mai frecvent odontogenă, cu iritaţia ganglionului Gasser sau cu un proces vascular. În 80—90% din cazuri, apare în urma compresiunii produse de vasele lezate ale fosei cerebrale posterioare, asupra rădăcinii senzitive din regiunea unghiului ponto-cerebelos. (A.W.)

Trousseau, simptomul; apariţia unui spasm tonic al degetelor de la mînă („mîna de mamoş") sub influenţa comprimării braţului (cu un garou) timp de cîteva minute, pînă la totala oprire a circulaţiei. Apare ca urmare a creşterii tonusului neuromuscular, în tetanie. (A.W.)

Tschamer-Stricker-Escerick, *erythema infectiosum;* cea de a cincea boală; eritemul infecţios. Descris pentru prima oară în 1889. Se observă sub forma de mici epidemii, la copiii între 4 şi 12 ani. Este produs de un virus. Perioada de incubaţie este de 1—2 săptămîni. Boala debutează fără simptome prodromale, leziunile eritematoase apărînd iniţial la faţă, apoi la extremităţi. La faţă eritemul proemină, este roşu, iar la extremităţi de culoare albăstruie-roşie. După 6—8 zile, eritemul se micşorează treptat. Nu se produce descuamaţie. Eritemul dispare fără a lăsa urme. O varietate a bolii o reprezintă *erythema annulare infectiosum*, descrisă de Fönsen şi Stricker, în care eritemul are formă inelară.

Bibl. — STRICKER S.: *Ztschr. Prakt. Ärzte*, 1899, 8, 358. (A.W.)

Turner, sindromul; sindromul Albright; *agenesis ovariorum; nanosomia ovarica;* agenezie ovariană congenitală; hipoplazie ovariană congenitală. Dacă este lezat canalul Wolff, din care se dezvoltă organele genitale masculine şi persistă canalul Müller, atunci se dezvoltă numai organele genitale feminine, independent de diferenţierea primitivă. Simptomul esenţial îl

Scanned with OKEN Scanner

constituie lipsa testiculelor şi ovarelor, sau prezenţa lor în stare embrionară. În etiologia bolii, pot avea un rol bolile infecţioase ale mamei, în prima perioadă a sarcinii.

Simptome: hipoplazie a organelor genitale interne şi externe şi lipsă de dezvoltare a caracterelor sexuale terţiare; oprirea în creştere, gît scurt, lat, cu un pliu cutanat laterocervical care se întinde de la apofiza mastoidă la umăr („înotătoare"); cavitatea toracică largă, bine dezvoltată; tulburări de creştere a scheletului (*spina bifida*, coate în valg); uneori cardiopatii congenitale. În urină, creşterea cantităţii de FSH (hormon foliculostimulator), şi scăderea cantităţii de 17-cetosteroizi. Celulele somatice conţin cromosomul sexual feminin. Hormonii estrogeni, administraţi în perioada de vîrstă 15—17 ani, stimulează apariţia caracterelor sexuale secundare şi terţiare. (A.W.)

Turpin-Cost, complexul simptomatic; vezi Silfverskiöld, complexul simptomatic. (A.W.)

Tury, simptomul sciatic; în sciatică. Declanşarea durerii de-a lungul nervului sciatic, în caz de extensie bruscă a halucelui. (A.W.)

Türck, limfomatoza; vezi Filatov, boala. (A.W.)

Tzank-Civatte-Sidi, *ulérythème porcelainé en goutte;* vezi Degos, boala. (A.W.)

U

Uchlinger, complexul simptomatic; *hyperostosis generalisata cum pachydermia.* Calcifierea spongioasei osoase, neoformaţiuni osoase, deformări osoase întinse, rigiditatea tuturor articulaţiilor. Etiologia probabil congenitală.

Bibl. — FANCONI L.: *Helv. Pediatr. Acta,* 1947, 1, 45. (A.W.)

Uhlenbruck, sindromul; insuficienţă ventriculară stîngă acută, în cursul tuberculozei pulmonare cronice. Simptome: cianoză manifestă, dispnee, somnolenţă, edematiere hepatică; pot apărea mici sufuziuni sanguine cervicale; puls mic; edemele lipsesc sau sînt puţin manifeste. (A.W.)

Uhthof, simptomul; nistagmus care se observă în scleroza difuză. (A.W.)

Ullman, simptomul; în spondilolisteză Pe radiografiile de profil, linia perpendiculară faţă de suprafaţa superioară a sacrului cade pe corpul vertebrei lombare, în timp ce în condiţii normale ea trece prin faţa corpului acestei vertebre.

Bibl. — MERCER W.: *Orthop. Surg.,* 1948, 596. (A.W.)

Ullrich-Bonnevie, sindromul; sindromul Ullrich-Bonnevie-Geertruyden; *status Ullrich-Bonnevie; pterygium syndrom.* Se caracterizează prin prezenţa de pliuri cutanate, cel mai adeseori între apofiza mastoidă şi acromion, mai rar între bărbie şi stern, în fosele axilare, în regiunea inghinală, în spaţiul popliteu. Este vorba de bride cicatriceale compacte, situate sub stratul adipos. În legătură cu tendinţa la

Scanned with OKEN Scanner

contracturi, descori se observă o rărire a părului în regiunea occipitală. Concomitent se observă o serie de alte anomalii de creştere: discranie, *epikanthus*, micrognatie, hipertelorism, uneori fantă palatină, deformare craniofacială urmare a creşterii vicioase a aripilor mici sfenoidale (orbitele mult distanţate), strabism, defecte ale cîmpului vizual, vedere defectuoasă bilaterală, ptoză palpebrală. (A.W.)

Unn, *acanthoma adenoides cysticum;* vezi Brooke, *epithelioma adenoides cysticum.* (A.W.)

Unn, angioma; *angiome médian de la nuque;* angiom retrocervical, format dintr-un reticul de vase dilatate.

Bibl. — NEUMARK S.: *Acta Dermat. Vener.*, 1938, 19, 2, 316. (A.W.)

Unn, complexul simptomatic; *cutis verticis gyrata; Audry pachydermie vorticellée du cuir chevelu; Périna pachydermie plicaturée.* Etiologia necunoscută. Se deosebesc tipul congenital şi tipul dobîndit. În primul caz are aspectul nevilor congenitali, în cel de al doilea este urmarea unui proces local sau a tulburărilor endocrine (acromegalie). Iniţial se observă în regiunea occipitală, uneori şi în pielea capului, pliuri adînci şi îngroşări cutanate, semănînd cu circumvoluţiile cerebrale.

Bibl. — MERENLENDER J.: *Arch. Derm.*, 1958, 6, 669. (A.W.)

Unn, complexul simptomatic; *hypotrichosis congenita hereditaria.* Este una dintre varietăţile displaziei ectodermice. Pilozitate săracă din naştere, întîrzierea creşterii perilor voluminoşi în pielea capului, căderea perilor uneori pînă la alopecie totală, căderea sprîncenelor şi genelor.

Bibl. — UNN M.: *Derm. Wochschr.*, 1925, 81, 1 167. (A.W.)

Unn, complexul simptomatic; *erythema ophryogenes; folliculitis rubra Wilson; kératose pilaire rouge atrophiante de la face.* Etiologie necunoscută. Debutează în perioada preşcolară, la marginea externă a sprîncenelor, putînd cuprinde buza superioară şi obrajii, în special la femei. În regiunile indicate se observă, pe un fond eritematos, proeminarea ostiumului foliculilor piloşi din care firele de păr au căzut. Tendinţă la atrofie.

Bibl. — KLEINE-NATROP H., LIEDEKA J.: *Ztschr. Haut. Geschlechtsk.*, 1948, 5, 7, 284. (A.W.)

Unn, *erythema bullosum vegetans;* vezi Neumann, boala; *pemphygus vegetans.* (A.W.)

Unn, *exfoliatio areata linguae;* vezi Bergeron, *lingua geographica.* (A.W.)

Unn, *fibroma simplex;* vezi Michelson, *fibrosis nodularis subepidermalis.* (A.W.)

Unn, *parakeratosis scutularis;* etiologie necunoscută. În pielea capului şi pe faţă, pe un fond eritematos cu o nuanţă albăstruie, apar tije cornoase gălbui sau albicioase, care se pot transforma în plăci hiperkeratozice.

Bibl. — LUTZ W.: Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten, 1957. (A.W.)

Unn, *ulerythema centrifugum sycosiforme;* vezi Brocq, boala. (A.W.)

Unn-Politzer-Santié, *parakeratosis variegata;* vezi Brocq, boala; *parapsoriasis lichenoides.* (A.W.)

Unverricht, epilepsia mioclonică (1891); *epilepsia myoclonica;* boală degenerativă rară a sistemului nervos, cu trăsături familiale şi ereditare. Debutează cu crize epileptice, de obicei la vîrsta şcolară, înainte de pubertate. După cîtva timp apar miocloniile, cel mai adeseori la muşchii proximali ai extremităţilor, muşchii trunchiului, ai feţei şi ai faringelui, care se intensifică sub influenţa factorilor emoţionali. Pe lîngă aceasta apar simptome de debilitate mintală progresivă. Examenul anatomopatologic arată leziuni difuze sau insulare ale celulelor nervoase, urmate de proliferarea fibrogliei, incluzii intracelulare, aşa-numiţii corpusculi mioclonici Lafaure-Gluck. (A.W.)

Urbach-Wiethe, boala; *lipoidproteinosis cutis et mucosae; lipoidosis cutis et mucosae; hyalinosis cutis.* Descrisă în 1929, ca *xanthomatosis.* Depunerea de compuşi proteino-lipoidici în piele şi mucoase începe din copilărie. Un anumit rol îl joacă consanguinitatea părinţilor, tendinţa familială spre diabet zaharat, tul-

Scanned with OKEN Scanner

burare a metabolismului fosfolipidic. Pe față, pe suprafața dorsală a mîinilor, pe genunchi și pe mucoasele cavității bucale, faringelui și laringelui (disfonie) apar noduli și infiltrate, uneori cu suprafața verucoidă. Culoarea lor nu se deosebește de cea a pielii normale sau este ușor gălbuie. Histologic — absența celulelor spumoase.

Bibl. — MIEDZIŃSKI E., KOZAKIEWICZ J.: *Dermatologica*, 1957, 114, 2. (A.W.)

Urovskaia, boala; vezi Kașin-Beck, boala. (A.W.)

V

Valdman, simptomul; proba ventuzei. Tehnica de examinare: se pune o ventuză medicinală sub clavicula stîngă, timp de 20 de minute; se efectuează apoi un frotiu din sîngele recoltat cu ventuza (frotiul I) și un alt frotiu (frotiul al II-lea) din sînge recoltat din deget; se face formula leucocitară. Dacă în frotiul I, cantitatea monocitelor la 100% depășește pe aceea din frotiul al II-lea, proba este considerată pozitivă, arătînd prezența unei endotelioze. După părerea autorului, reacția pozitivă este caracteristică pentru reumatism. (D.B.)

Valleix (1841), punctele dureroase: 1) punctul lombar *(punctum lumbale)*, la nivelul apofizelor spinoase ale vertebrelor L_4 și L_5; 2) punctul ilio-sacral *(iliosacrale)*, lîngă spina iliacă postero-superioară; 3) punctul fesier *(gluteale)*, între tuberculul sciatic și marele trohanter; 4) punctul femural *(femorale)*, la mijlocul feței posterioare a coapsei; 5) punctul popliteu *(popliteale)*, la mijlocul spațiului popliteu; 6) punctul peronier *(peroneale)*, înapoia capului peroneului; 7) punctul gambier *(surale)*, la mijlocul gambei; 8) punctul maleolar *(malleolare)*; 9) punctul metatarsian *(metatarsalis)*, pe fața dorsală a primului spațiu metatarsian. Compresiunea digitală la nivelul punctelor enumerate mai sus produce dureri. (D.B.)

Valléry - Radot - Alajouanine - Horton, sindromul; hemicefalalgie cu coloratia feței, concomitent cu senzația de pulsații, lăcrimare și hiperestezie tactilă la nivelul arterelor temporală și facială. (D.B.)

Vanotti, mioporfiria; vezi Waldenström-Vahlquist, boala. (D.B.)

Vanzetti, simptomul; în sciatică: bazinul este situat totdeauna orizontal, indiferent dacă există o curbură laterală a coloanei vertebrale. În alte boli, în cazul existenței unei scolioze, bazinul este situat în poziție laterală. (D.B.)

Vaquez, boala; boala Osler-Vaquez; policitemia roșie adevărată *(polycythaemia vera rubra)*; policitemia idiopatică primară *(polycythaemia idiopathica primaria)*; hiperglobulia esențială *(hyperglobulia essentialis)*; eritremie *(erythraemia)*; eritremia primară, descrisă de Vaquez în 1892. Se observă în special la adulți, mai ales la bărbați. Debutul bolii este insidios. Pielea, îndeosebi de la nivelul feței și urechilor, capătă o culoare roșie-închisă, cu nuanță cianotică. Sînt frecvente angioectaziile conjunctivale. În stomac se gă-

seşte o cantitate crescută de factor Castle. Splina este mărită în grad variabil şi de consistenţă crescută. Ficatul este moderat crescut. Numărul eritrocitelor este marcat crescut; frecvent există reticulocitoză şi eritrocite nucleate. Indicele de culoare este totdeauna peste 1,0. Numărul trombocitelor este mare. În măduva oaselor se decelează simptomele hiperplaziei normoblastice, megaloblastice şi leucoblastice. Este crescută mult proporţia de megacariocite. Simptomele neurologice depind de hipertensiunea intracraniană şi de tulburările hemodinamice. Există cefalee cu ameţeli şi vărsături, modificări ale fundului de ochi (fundul de ochi policitemic Aschner) *(fundus polycythaemicus Aschneri)*, tulburări psihice de tipul psihozelor organice (sindrom Korsakow, obnubilare, depresiuni etc.). Consecutiv trombozelor pot să apară hemiplegii, sindroame extrapiramidale, sindrom vestibular sau medular; simptomele vasomotorii se traduc prin eritromelalgie şi sindrom Raynaud. Etiologie necunoscută. Evoluţie cronică; bolnavii mor în general datorită complicaţiilor (tromboze, hemoragii). Uneori, boala se poate transforma în leucemie acută sau eritremie acută.

Bibl. — KISTELSKA H.: *Neurol. pol.*, 1949, 23. (D.B.)

Vaquez-Esmein, sindromul; epistaxisul meningian *(epistaxis meninguum)*. Formă a hemoragiei subarahnoidale, exprimată prin migrenă, parestezii în segmentele distale ale extremităţilor, diplopie, dureri radiculare, dureri sciatice uni- sau bilaterale. (D.B.)

Vasiliev-Weil, complexul simptomatic; vezi Weil, boala. (D.B.)

Velpeau, boala; vezi Alibert, boala. (D.B.)

Verner (1916), simptomul cortinei; în paralizia nervului glosofaringian. Presiunea profundă, cu spatula, pe limbă produce reflexul de vărsătură. În timpul acestuia, bolta palatului moale nu se ridică şi palatul moale este tras de partea sănătoasă. (D.B.)

Verner, sindromul bulbar: paralizia palatului, deglutiţiei, muşchiului sternocleido-mastoidian, cu dispariţia senzaţiei gustului în treimea posterioară a limbii, hemianestezia faringelui şi palatului de partea focarului şi paralizie sau pareză de partea opusă. (D.B.)

Vernet, complexul simptomatic; hemiplegia velo-faringo-palato-laringiană *(hemiplegia velopharyngo-palato-laryngea)*; sindromul găurii rupte posterioare *(syndrome du trou déchiré postérieur)*. Se manifestă prin paralizia palatului moale, faringelui, laringelui şi a muşchilor sternocleido-mastoidian şi trapez. Se asociază cu diminuarea sensibilităţii gustative în zona posterioară a limbii şi anestezia laringelui. Cauzele: răni prin arme de foc, fractura bazei craniului, tromboza venei jugulare, localizată în zona posterioară a orificiului jugular, cu paralizia perechilor a IX-a, a X-a şi a XI-a de nervi cranieni.

Bibl. — DUENING J., DUENING L.: Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, Paris, 1949. (D.B.)

Verocay, neurinomul tunicii perechii a VIII-a de nervi; se dezvoltă din tunica nervului vestibular, mai des în zona ponto-cerebeloasă. Apar tulburări din partea perechilor de nervi a VIII-a, a VII-a, uneori şi a VI-a. Simptomele clinice precoce ale acestui fel de tumoare sînt vîjîială unilaterală *(tinnitus)*, ameţeli în formă de crize şi nistagmus de partea opusă focarului. Mai tîrziu apar tulburări ale auzului, pareza nervului facial, de tip periferic, parestezii, hiperestezii, dureri nevralgice, uneori atrofia muşchilor temporal sau masticatori (perechea a V-a de nervi). Aceste tumori sînt frecvent bilaterale. (D.B.)

Verocay, neuromatoza; vezi Recklinghausen, boala. (D.B.)

Vidal, lichenul cronic simplu *(lichen simplex chronicus)*; pruritul circumscris cu lichenificare *(prurit circonscrit avec lichénification)*; neurodermita *(neurodermitis)* Brocq; pruritul localizat. În etiologie joacă rol factori emoţionali-neurogeni şi alergici. Importanţă deosebită are şi iritaţia mecanică (gratajul). Boala este limitată la focare distincte, localizate în regiunea cervicală, faţa dorsală a picioarelor, labii şi la nivelul anusului. Se caracterizează prin prurit chinuitor la ni-

Scanned with OKEN Scanner

velul focarelor lezionale, care se lichenifiază.

Bibl. — PAUTRIER L.: *Nouv. prat. derm.*, Paris, 1936, 497, 7. (D.B.)

Vidal-Brocq, micoza cu tumori de la început *(mycosis à tumeurs d'emblée)*; varietate a micozei, care începe cu formarea de noduli fără perioadă prodromală. Acest tip de boală este mai aproape de sarcom. După apariţia tumorilor pot să apară erupţie polimorfă sau eritrodermia.

Bibl. — PAUTRIER L., CHORAZAK T., WORINGER F.: *Pol. Gaz. lek.*, 1937, 967. (D.B.)

Viggo-Jensen, simptomul: mobilitate oculară excesivă, observată în diferite boli organice şi funcţionale ale sistemului nervos central. (D.B.)

Villaret, complexul simptomatic; constă în paralizia palatului moale, a limbii, faringelui, laringelui, muşchiului trapez şi sterno-cleido-mastoidian şi în simptomul Horner (ptoză, mioză şi exoftalmie). Cauza sînt procesele tumorale şi inflamatoare diseminate sau traumatismele, care interesează perechile de nervi cranieni a IX-a, a X-a, a XI-a şi a XII-a şi lanţul simpatic cervical.

Bibl. — VILLARET L., FAWO-BEAULIEU: *Presse méd.*, 1918, 591. (D.B.)

Villaret-Desoill, complexul simptomatic; hipoplazia familială primară a maxilarului superior *(hypoplasie familiale primitive du maxillaire supérieur)*; descris în 1932. Faţa este condensată, în special la nivelul bărbiei şi buzelor, oasele nasului sînt de dimensiuni mici, există un prognatism de grad mai mult sau mai puţin pronunţat, absenţa unor dinţi. Pe radiografii se remarcă atrofie osoasă moderată a maxilarului superior, uneori şi a bărbiei. Şaua turcească are uneori o formă anormală şi comprimă hipofiza, producînd astfel tulburări secundare ale tuturor glandelor endocrine. Este o afecţiune congenitală.

Bibl. — HEIG A.: Thèse, Paris, 1945, 110. (D.B.)

Vincent, simptomul mentonier; în cancerul prostatei, cu metastaze. Anestezia sau hipoestezia unei jumătăţi a buzei inferioare şi bărbiei. (D.B.)

Vincent-Alajouanine, sindromul; în focarele patologice de la nivelul tuberculilor cvadrigemeni şi comisurii posterioare. Asocierea simptomelor Argyll-Robertson şi Parinaud. (D.B.)

Virchow, angiomul elefantiazic *(angioma elephantiasicum)*; vezi Kaposi, angioelefantiazis. (D.B.)

Virchow, nevul telangiectatic *(naevus telangiectodes)*; angiomul fisurat *(angioma fissuratum)* Virchow; nevul hiperemic *(naevus hyperaemicus, naevus flammeus Miescher)*; hemangiomul plan *(haemangioma planum)*. Spre diferenţă de alte angioame este congenital, nu se măreşte, este localizat pe traiectul nervilor (de exemplu trigemen) sau de-a lungul şanţurilor embrionare. Frecvent se asociază hipertrofia osului şi a ţesuturilor moi. Este format din numeroase capilare dilatate, ale tegumentelor sau mucoaselor.

Bibl. — MICHALOWSKI R.: *Pol. Tyg. lek.*, 1952, 20, 646. (D.B.)

Voerner, aluniţa; nevul anemic *(naevus anemicus)*; angiomul palid. Se caracterizează prin diminuarea focală a cantităţii de vase sanguine, probabil consecutiv tulburărilor vasomotorii. Aluniţa palidă reprezintă o acumulare de pete albe cu margini neregulate, mai intens vizibile după frecare. Nu trebuie confundate cu nevii incolori — nevii acromici *(naevi achromici)*.

Bibl. — BRUNER E.: *Przegl. Derm.*, 1949, 1, 13. (D.B.)

Vogt (1911), boala; *status marmoratus*; descrisă de Shaw (1873) şi Déjérine-Sollier (1888). Mişcări atetozice bilaterale, care apar în cel de al 2-lea—al 3-lea an de viaţă. Histologic se constată o hipermielinizare a striatului, urmare probabilă a unui traumatism postnatal sau în perioada de sugar. De obicei se asociază lipsa de dezvoltare psihică. (A.W.)

Vogt Cecylia, sindromul; *athetosis duplex congenita*; în caz de lezare a putamenului şi a nucleului caudat. Tulburări motorii survenind din primele zile de viaţă, de tipul atetozei feţei şi a extremităţilor superioare. La extremităţile inferioare este crescut tonusul muscular. Nu există tulburări în dezvoltarea mintală.

Scanned with OKEN Scanner

Boala involuează spontan, după cîţiva ani. (A.W.)

Vogt-Koyanagi, complexul simptomatic. Descris în 1906 de Vogt şi în 1912 de Peters, fiind mai amplu studiat şi prezentat de Koyanagi, în 1929. Simptomele principale sînt: uveită bilaterală, leucodermie, alopecie, canitie, cuprinzînd pielea capului, sprîncenele şi genele, hipoacuzie. Pentru punerea diagnosticului este suficientă prezenţa uveitei şi a încă unuia din simptomele mai sus enumerate. Se observă mai frecvent la bărbaţi, între 30 şi 40 de ani. Etiologia este necunoscută; se discută originea alergică (antigenul fiind pigmentul celular), endocrină, virotică, tuberculoasă sau luetică.

Bibl. — PAWELEC M.: *Pol. Tygodn. lek.*, 1954, 9, 1 292 (A.W.)

Vogt-Spielmeyer, boala; forma juvenilă a demenţei familiale cu amauroză; boala Spielmeyer-Stock; boala Stock-Spielmeyer-Vogt; boala Batten-Mayou; boala Oatman; *degeneratio maculo-cerebralis; pigmentary retinal lipoid neuronal heredodegeneration; infantile amaurotic idiocy; progressive familial macular degeneration with dementia; retino-cerebral degeneration;* descrisă de Batten în 1903, Mayou în 1904, Spielmeyer în 1905 şi Vogt în 1906; cea mai bună descriere clinică se datoreşte lui Holmes şi Patte (1925). Este forma juvenilă a bolii Tay-Sachs (vezi). Apare la vîrsta de 5—15 ani, ducînd la demenţă, amauroză (tulburările vizuale încep deseori cu ambliopie crepusculară şi cromatică), paralizii şi moarte în decurs de 2—3 ani, uneori mai tardiv. Pe fundul de ochi, pe lîngă vasele filiforme şi atrofia nervilor optici, se observă un tablou similar degenerescenţei retiniene pigmentare (de tipul „sare cu piper"). Regiunea maculară este de culoare brună-cărămizie (contrar culorii vişinii din boala Tay-Sachs). Constă din degenerescenţa celulelor ganglionare şi distrugerea epiteliului pigmentar al retinei. Etiologia nu este cunoscută.

Bibl. — HOFFMANN I.: *Amer. J. Ophth.*, 1956, 42, 15. (A.W.)

Vogt-Spielmeyer, boala; vezi Tay-Sachs, boala. (A.W.)

Volkmann, boala; *cheilitis glandularis apostematosa; cheilitis glandularis profunda;* inflamarea piococică a glandelor salivare profunde, aberante. Descrisă în 1870. Actualmente este considerată ca o complicaţie piococică a cheilitei glandulare simple. Tabloul clinic este similar celui al furunculului buzei inferioare. Simptomul „picăturilor de rouă" este pozitiv. La apariţia bolii contribuie dinţii cariaţi, paradentoza. Se observă mai frecvent la bărbaţi.

Bibl. — MICHALOWSKI R.: *Czas. Stom.*, 1951, 4, 185. (A.W.)

Volkmann I, contractura; *contractura ischaemica Volkmanni; ischaemic contracture; Volkmann's contracture; ischämische Kontraktur; maladie de Volkmann.* Descrisă între 1872 şi 1881. Apariţia ei a fost pusă în legătură (nu totdeauna judicios) cu un pansament gipsat rău aplicat, în caz de fractură supracondiliană a humerusului sau a oaselor antebraţului, a diafizei humerusului, a claviculei. Poate apărea de asemenea ca urmare a unui traumatism al antebraţului sau a contuziei neuro-vasculare. Este o boală a copilăriei. În cauză este o anemie acută a muşchilor şi nervilor, pe fondul unei anumite predispoziţii spre spasme a organismului (spasmofilie). Simptome precoce: durere, cianoză, edem al mîinii şi degetelor, tulburări de sensibilitate (superficială şi profundă), puls imperceptibil sau slab. Simptome tardive: contractura accentuată „în gheară" a degetelor, aplatizarea muşchilor antebraţului (muşchi „de lemn"). Tulburări trofice. Ca urmare a tulburărilor circulatoare apar leziuni ireversibile ale muşchilor flexori ai mîinii, cu degenerescenţă progresivă cicatriceală şi conjunctivă.

Bibl. — KOSZLA M. M.: *Postepy Chir.*, 1958, 5, 187. (A.W.)

Volkmann II, complexul simptomatic; *luxatio tali congenita; angeborene Talusluxation von Volkmann; Sprunggelenkmissbildung.* Descris în 1873. Constă din luxaţia plantară bilaterală congenitală, în urma subluxaţiei supero-externe a astragalului. De obicei se observă o atrofie

Scanned with OKEN Scanner

importantă a gambei, picioare strîmbe, uneori lipsa peroneului.

Bibl. — VOLKMANN R. D.: *Ztschr. Chir.*, 1873, 2, 538. (A.W.)

Volkovici, simptomul; în apendicita cronică: atrofia şi hipotonia muşchilor în fosa iliacă dreaptă. (D.B.)

Vossius, cataractă inelară; descrisă în 1903. Se caracterizează printr-un inel brun, foarte delicat, în punga anterioară a cristalinului. Reprezintă amprenta exactă a pupilei, de dimensiunea şi forma acesteia. Este compusă din pigmentul care s-a imprimat în celulele epiteliale la nivelul conturului pupilei şi de aceea se observă (cu lampa cu fantă sau prin iluminare cu oglinda plană) doar după dilatarea pupilei. Uneori se menţine destul de mult timp. În unele cazuri se asociază o discretă opacifiere a cristalinului. Apare ca rezultat al unui traumatism anterior al ochiului.

Bibl. — VOSSIUS: XV Internat. Med. Congr. Lisabona, 1903. (D.B.)

Vries (de), sindromul; deficienţa congenitală familială a factorului labil cu sindactilism *(familial congenital labile factor deficiency with syndactylism);* descris în 1951. Este parahemofilia familială asociată cu defecte de dezvoltare a mîinilor, caracterizată prin absenţa factorului V.

Bibl. — VRIES A. (DE): *Acta Haemat.*, 1951, 5, 129. (D.B.)

Vrolik, boala; *osteogenesis imperfecta foetalis Vrolik; Lobstein's disease; osteogenesis imperfecta congenita; fragilitas ossium; osteopsathyrosis congenita; dysplasia periostale; periostale Aplasie; myeloplastische Malazie; fetale Osteoporose;* osteopsatiroza congenitală. Descrisă în 1826 de Sartorius. Tendinţa la fracturi multiple apare din primele zile ale vieţii; uneori, la naştere se observă fracturi consolidate cu calus osos mare, urmare a fracturilor survenite intrauterin. Extremităţile sînt mult scurtate şi deformate. Uneori se observă, concomitent, sclerotice albastre şi surditate.

Bibl. — SHANDS A. R.: *Orthop. Surg.*, 1948, 68. (A.W.)

Vulpian, simptomul; în tabesul dorsal: anestezie termică şi hiperestezie la frig. (D.B.)

Vulpian-Bernard, boala; vezi Aran-Duchenne, boala. (D.B.)

W

Waardenburg, complexul simptomatic; sindromul van der Hoeve-Halberstma-Waardenburg; complexul simptomatic Waardenburg-Klein; elongaţia canalului lacrimal inferior *(elongatio canaliculi lacrimalis inferioris; elongatio canaliculi lacrimalis inferioris cum ankiloblepharo interno);* dislocarea laterală a pliului medial şi punctelor lacrimale *(dislocatio lateroversa canti medialis et punctorum lacrimalium);* descris de van der Hoeve în 1916, de Halberstma în 1929, de Waardenburg în 1930, completat în 1947 şi 1950 de Klein. Se caracterizează prin

Scanned with OKEN Scanner

apariţia ereditară a următoarelor defecte de dezvoltare (în ordinea frecvenţei): dislocare în direcţia tîmplelor a unghiurilor interne ale pleoapelor (în special pînă la marginea corneei, simulînd strabism convergent) şi a punctelor lacrimale, în special cele inferioare (care se produce la nivelul treimii interne a corneei), rădăcina nasului largă, hipertrofia segmentelor medii ale arcurilor sprîncenoase, iris de coloraţie variată sau bicolorat, leucodermie limitată (frontală) şi surditate sau surdomutitate. Mai rar se observă defecte de refracţie, nistagmus, strabism, mobilitate limitată a globilor oculari, epicantus, mărirea distanţei dintre marginile pleoapelor inferioare şi comisurile bucale. Acest complex simptomatic a fost descris asociat cu complexul simptomatic Rocher în 1913, redori articulare multiple, congenitale *(raideurs articulaires congénitales multiples) Sheldon*, amioplazia congenitală *(congenital amyoplasia)* sau boala Crouson. Etiologie necunoscută.

Bibl. — KLENKA L.: *CSL Ophthal.*, 1956, 12, 270. (D.B.)

Waldenström, boala; purpura hiperglobulinemică *(purpura hyperglobulinaemica)*; descrisă în 1948. Este o purpură care evoluează în puseuri, produsă de leziuni alergice ale vaselor sanguine în legătură cu disproteinemia sau paraproteinemia. Se manifestă sub forma de pete mici, în special pe extremităţile inferioare. După dispariţia erupţiei rămîne o pigmentaţie cutanată tenace. Timpul de coagulare, timpul de sîngerare, numărul trombocitelor sînt limite normale, semnul garoului pozitiv. În serul sanguin este crescut considerabil nivelul γ-globulinei.

Bibl. — WALDENSTRÖM J.: *Schweiz. med. Wschr.*, 1948, 78, 927. (D.B.)

Waldenström, boala; vezi Legg, boala. (D.B.)

Waldenström, sindromul; macroglobulinemia; descris în 1944. Hiperplazia sistemului reticulo-histiocitar, asociată cu globulinemie, în special macromoleculară. Se caracterizează prin oboseală, paloare, dispnee, tulburări ale circulaţiei periferice, mărirea nedureroasă a limfoganglionilor, diateză hemoragică. Timpul de coagulare şi de sîngerare sînt lungite, semnul garoului pozitiv, viteza de sedimentare a hematiilor marcat accelerată; mărire inconstantă a ficatului şi splinei; anemie normocromă, uneori limfocitoză şi trombopenie. În măduva oaselor este deseori crescută proporţia de celule limfoide mici. Etiologia nu este complet elucidată; s-ar putea să fie un sindrom care complică o infecţie virală sau o tulburare congenitală a metabolismului proteic.

Bibl. — WALDENSTRÖM J.: *Schweiz. med. Wschr.*, 1948, 76, 927. (D.B.)

Waldenström-Vahlquist (1944), boala; apare legată de tulburarea metabolismului porfirinic; evoluează sub forma de porfirie cutanată congenitală acută sau cutanată tardivă. În porfiria acută apar simptome abdominale (colici, meteorism, vărsături), neurologice (polinevrite, crize de convulsii etc.), musculare (atrofie, dureri, reacţii degenerative — *myoporphyria Vanotti)*, psihice (sindroame nevrotice, stări depresive, tulburări psihice). Substanţele patognomonice din urină sînt uroporfirina şi porfobilinogenul.

Bibl. — WEREMOWICZ J.: P.A.U.W., XXV, 799, 1955; FALKIEWICZOWA S., TUSZKIEWICZ A. R.: N.N.P.P., 1957, VIII, 1, 1. (D.B.)

Wallenberg-Babinski-Nageotte, sindromul; este consecinţa obstrucţiei arterei cerebeloase postero-inferioare. Tulburări cerebeloase simetrice consecutive leziunii corpului restiform şi cerebelului, hipoestezia alternantă, disociată — la faţă, de partea focarului, iar la nivelul corpului, de partea opusă — hemipareză tranzitorie de partea opusă şi aşa-numita paralizie simpatică sub forma simptomului Horner, angioectazii şi slăbirea reflexului pilomotor de partea focarului. De aceeaşi parte se adaugă şi paralizia nucleului perechii a VII-a de nervi, paralizia palatului moale, a faringelui şi corzilor vocale; în sfîrşit, ameţeli cu vărsături şi nistagmus.

Bibl. — WALLENBERG: *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1895, 27; *Neurol. Zb.*, 1915, 34. (D.B.)

Wallgren, boala; granulomul eozinofil *(granuloma eosinofile)*; granulomul histiocitar Schajowicz şi Polak *(granuloma histiocytaire)*; granulomul solitar al osului *(granuloma solitaire de l'os)*; histiocitomul eozinofilic *(histiocytome éosinophi-*

Scanned with OKEN Scanner

lique) Lanyany şi Askanazy; granulomul reticulohistiocitar *(granulome réticulo-endothélial)* Wallgren; descris în 1940. În ţesutul osos şi în structurile adiacente focarului se dezvoltă un proces patologic cu reacţie inflamatoare a sistemului reticulohistiocitar. În oase se formează zone umplute cu mase brune-galbene. Histologic, în materialul recoltat din focarul inflamator se decelează celule mononucleate, în citoplasma cărora se găsesc numeroase granulaţii şi vacuole (aşa-numitele „celule spumoase"). Clinic, boala se manifestă cu dureri moderate, edem local supraiacent focarului osos, ascensiune febrilă neînsemnată; se observă în special la copii şi tineri. Etiologia nu este cunoscută; unii consideră că este manifestarea unui proces inflamator, alţii, a unei tumori benigne, sau, în sfîrşit, o boală de sistem.

Bibl. — KOSZLA M. M.: *Pediat. pol.*, 1950, 7. (D.B.)

Wallgren-Armstrong, boala; meningita limfocitară benignă *(meningitis lymphocitaria benigna);* meningita aseptică (limfocitară); vezi Armstrong, boala. (D.B.)

Wartenberg (1941), reflexul cu punct de plecare în muşchii masticatori; reflexul de retracţie a capului *(head retraction reflex);* „simptomul extensiunii capului" din leziunea căilor piramidale, exprimat în special în paraliziile spastice bilaterale şi boala Friedreich. Extensiunea capului, care iniţial este ţinut uşor înclinat, după percuţia rapidă a maxilarului superior aproape de nas. (D.B.)

Wartenberg, reflexul muşchilor circulari oculari; reflex de apărare, fiziologic. Factorul dilatator poate fi un excitant vizual, auditiv, dureros etc. În literatura neurologică, acest reflex are diferite denumiri, după autorii care l-au descoperit: reflexul Bechterew, Galant, Guillain, Imperatori, MacCarty, Mondino, Moro, Overend, Simhovici, Zand-Tylberblastowa, Zeri etc. (D.B.)

Wartenberg, simptomul; în leziunile nervului cubital; degetul mic în poziţia de abducţie. (D.B.)

Wartenberg, simptomul; în sciatică; legat de tulburări vasomotorii. Scăderea tensiunii arteriale în extremitatea bolnavă. (D.B.)

Wartenberg, simptomul; în sciatică; modificarea simptomului Lasègue. Durerea apare mai repede şi este mai acută, cînd bolnavului, culcat pe spate, i se ridică extremitatea inferioară, rotată concomitent înăuntru. (D.B.)

Wassermann, sindromul „pozitiv" *(Wassermann-positives Syndrom);* vezi Fanconi-Heglin, sindromul. (D.B.)

Waterhouse-Friderichsen, sindromul; sindromul Marchand - Waterhouse - Friderichsen; sindromul Friderichsen-Waterhouse-Bamatter; apoplexia suprarenală *(apoplexia suprarenalis);* insuficienţa corticosuprarenală acută *(insufficientia corticosuprarenalis acuta);* septicemia meningococică supraacută *(sepsis meningococica acutissima);* hemoragia suprarenală spontană *(Haemorrhagia suprarenalis spontanea);* purpura suprarenală fulminantă *(purpura suprarenalis fulminans);* insuficienţa acută a cortexului suprarenalelor. A fost descris de Waterhouse în 1911, de Friderichsen în 1918 şi de Marchand în 1880. Reprezintă insuficienţa acută a suprarenalelor, datorită leziunilor acestora, cel mai des consecutive hemoragiei; se poate dezvolta şi fără nici o modificare vizibilă la nivelul suprarenalelor, după extirparea tumorilor glandei suprarenale sau ca rezultat al hemoragiilor în suprarenale, pe fondul unei tromboze a venelor acestora. Se observă frecvent în septicemia meningococică. Se caracterizează prin evoluţia supraacută, hipertermie, simptome de intoxicaţie generală gravă, diaree, dureri abdominale fără simptome peritoneale, vărsături. Apar hemoragii, se dezvoltă colaps vascular, comă, convulsii. (D.B.)

Wattenville (de) (1866), reflexul; „spasmul maxilarului" *(jaw jerk):* reflex fiziologic al muşchilor masticatori. (D.B.)

Weber, sindromul; hemiplegia alternantă oculomotorie *(hemiplegia alternans oculomotorica).* Hemiplegie alternantă cu afectarea perechii a III-a de nervi de către focarul lezional, localizat la locul de trecere a rădăcinii perechii a III-a de nervi prin căile piramidale ale pedunculului cerebral. Constă în paralizia pe-

rechii a III-a de nervi de partea focarului şi hemiplegie completă cu paralizia nervilor facial şi lingual de tip supranuclear de partea opusă. (D.B.)

Weber-Christian, boala; paniculita nodulară febrilă recidivantă *(panniculitis nodularis febrilis recidivans).* În ţesutul celular subcutanat apar numeroşi noduli, dureroşi, fără simptome de supuraţie, cu temperatură de tip neregulat, frisoane, mialgii, uneori anemie, leucopenie, discretă splenomegalie. Viteza de sedimentare a hematiilor este totdeauna accelerată. Evoluţia bolii este recidivantă, alternînd cu perioade de acalmie de durată neregulată. Diagnosticul este precizat de examenul histologic al nodulilor (paniculită sau celulită).

Bibl. — AUQUIER L.: *Sem Hôp. Paris,* 1953, 63. (D.B.)

Weber-Cockayne, complexul simptomatic; erupţia estivală de la nivelul picioarelor *(summer eruption of the feet);* epidermoliza buloasă tardivă Lutz *(epidermolysis bulosa tarda);* epidermoliza buloasă estivală a picioarelor şi mîinilor *(epidermolysis bullosa peduum et manuum aestivalis)* Wesener. Se caracterizează prin apariţia periodică, pe mîini şi picioare, mai ales vara, de vezicule de dimensiuni diferite. Vindecarea se face fără cicatrice sau pigmentaţie. Se presupune că acest complex simptomatic este o formă latentă a epidermolizei buloase ereditare *(epidermolysis bullosa hereditaria).*

Bibl. — WESENER G.: *Derm. Wschr.,* 1957, 136, 1 133. (D.B.)

Webster, simptomul; simptomul „picăturii de ulei în apă". Descris în 1891, de Knapp. În caz de iluminare a ochiului razele de lumină care se reflectă de pe fundul de ochi trecînd prin convexitatea posterioară a cristalinului au o refringenţă mult mai accentuată decît atunci cînd trec prin porţiunea periferică. Împreună cu reflexul care se formează în jur dau impresia optică a unei picături de ulei care pluteşte în apă. Se întîlneşte în caz de conus anterior sau posterior al cristalinului, ca şi în cazurile de cristalin bifocal.

Bibl. — WILCZEK M.: *Klinika Oczna,* 1931, 9, 1. (A.W.)

Wegener, granulomul; granulomul mortal *(lethal granuloma);* granulomatoza Wegener *(Wegener's granulomatosis);* descris în 1896 de McBride şi în 1953 de Stewart. Este un proces inflamator cronic nespecific, care se însoţeşte de granuloame necrotice. Cauza nemijlocită a tuturor simptomelor ulterioare este inflamaţia granulomatoasă necrotică a vaselor sanguine. Începe în special la nivelul căilor respiratoare superioare şi interesează în egală măsură ţesuturile moi şi oasele. Etiologia este necunoscută. Uneori aminteşte granuloamele specifice (sifilis, tuberculoză, sarcoidul Boeck, complexul simptomatic Löffler etc.). În diagnosticul diferenţial trebuie să intre periarterita nodoasă şi micozele cavităţii toracice (coccidioidomicoza, histoplasmoza).

Bibl. — ALTENBERGER S., HINTZ R., WARNOWSKI H., ZALESKA E., CZERWINSKA W.: *Pol. Tyg. lek.,* 1959, 14, 165. (D.B.)

Wegner, boala; pseudoparalizia sifilitică *(pseudoparalysis syphilitica);* vezi Parrot, pseudoparalizia. (D.B.)

Weidenfeld, pemfigus isteric sau nevrotic *(pemphigus hystericus seu neuroticus);* vezi Matznenauer-Polland, complexul simptomatic. (D.B.)

Weigert, tuberculul; simptom al tuberculozei miliare a inimii: prezenţa unui tubercul miliar izolat sub endocardul conului arterial. (D.B.)

Weingarten, sindromul; eozinofiloza pulmonară *(eosinophilosis pulmonis);* eozinofilia tropicală *(tropical eosinophilia);* astmul eozinofilic tropical *(tropical eosinophilic asthma);* plămînul eozinofilic; sindromul hipereozinofilic tropical *(tropisches hypereosinophilisches Syndrom);* eozinofilia pulmonară subtropicală; descris în 1943. Este boala pseudotuberculoasă a plămînilor cu eozinofilie importantă în sînge. Debutul este insidios, cu anorexie, oboseală, temperatură, tuse uscată în formă de crize, de obicei nocturnă, amintind crizele de astm; splina şi limfoganglionii sînt mărite. Radioscopia arată mărirea hilurilor pulmonare, infiltrate micronodulare numeroase, asemănătoare miliarei. În sînge se găsesc leucocitoză (20 000—80 000), eozinofilie accentuată (60—92%), un titru mare al aglutininelor la rece, frecvent reacţia Wasser-

Scanned with OKEN Scanner

mann pozitivă. Se observă în țările tropicale; afectează ambele sexe, indiferent de vîrstă.

Bibl. — DAVIES R.: *Brit. med. J.*, 1956, 5 007, 1 470. (D.B.)

Weil, boala; boala Vasiliev-Weil; boala Mathieu; boala Landouzy; boala Fiedler; descrisă în 1885 de Weil și, detaliat, în 1888 de Vasiliev. Este produsă de leptospira icterohemoragică *(Leptospira icterohaemorrhagiae)*. Infecția se produce prin piele, mucoase și tractul digestiv; rezervorul de agent patogen în natură sînt în special șobolanii, care elimină leptospirele cu urina. Perioada de incubație durează 8—15 zile. Debutul este brusc: frisoane, temperatură pînă la 40°, cefalee și mialgii, numeroase hemoragii cutanate, mucoase și conjunctivale. Curba febrilă este bifazică, există hepatosplenomegalie, iar spre sfîrșitul primei săptămîni apare icterul în 70% din cazuri. Apoi, pe primul plan, se instalează simptome de nefrită. Durata bolii este de 3—4 săptămîni. Diagnosticul se confirmă prin hemo- și urocultură, precum și prin reacțiile serologice. (D.B.)

Weil, boala; vezi Bechterew, boala. (D.B.)

Weil, reflexul nazo-facial; reflex vasomotor fiziologic în leziunea bilaterală a mucoasei nazale printr-un tampon îmbibat cu alcool sau lichid Bonin: apar hiperemie palpebrală, nazală, a unei jumătăți a feței, cu lăcrimare profuză și dilatare pupilară. Reflexul lipsește în paralizia nucleară sau supraganglionară a perechii a VII-a de nervi, precum și în unele cazuri de tabes. (D.B.)

Weil, simptomul cavernos; modificarea sonorității percutorii în caverna pulmonară care conține aer și lichid: sonoritatea timpanică de deasupra cavernei din decubitul dorsal se transformă în matitate cînd bolnavul se ridică sau cînd, șezînd, se apleacă înainte. (D.B.)

Weil-Clerc, boala; eritroblastoza adulților. Se observă predominant la bolnavi de vîrstă mijlocie. Debutul bolii este insidios, tegumentele sînt palide, deseori cu nuanță icterică. Într-un stadiu mai tardiv sînt frecvente hemoragiile cutanate. Subfebrilitate. Splina este de obicei mult mărită, dură, netedă, nedureroasă, iar ficatul este de asemenea mărit. În sîngele periferic se găsesc anemie, numeroși eritroblaști, în special normoblaști. În varietatea de boală cu simptome marcate se decelează numeroși megaloblaști, iar în forma latentă, megaloblaști în număr mic. Hematiile conțin des inele Cabot și corpi Jolly; numărul lor este moderat mărit. În ficat și splină se găsesc hiperplazie și metaplazie eritroblastică (normoblaști și megaloblaști). Măduva oaselor nu prezintă modificări importante; doar în cazurile avansate, în măduva oaselor și limfoganglioni pot să apară semnele hipermetaplaziei eritroblastice. După Weil, boala apare pe fond toxic-alergic, în special tuberculos. Evoluția este lentă. Prognosticul este nefavorabil.

Bibl. — *Monde méd.*, 1833, 213. (D.B.)

Weil-Reys-Adie, sindromul; sindromul pseudotabetic Adie. Se manifestă prin absența reacției pupilare la lumină și abolirea reflexelor tendinoase. Verificarea detaliată a reacției pupilare în camera obscură arată o reacție slabă de contracție. Sindromul are o patogenie insuficient elucidată; importante sînt tulburările și dezechilibrele neuro-vegetative, produse de hipovitaminoza B_1 cronică; vezi Adie, simptomul. (D.B.)

Weil-Séer, boala; boala Isch-Wall; descrisă în 1932. Este forma atipică a mieloleucozei. Se caracterizează prin leucocitoză pînă la 40 000 leucocite/mm³, din care 80—90% sînt neutrofile mature, iar restul, mielocite neutrofile și eozinofile. Ficatul, dar în special splina, sînt marcat mărite, prezentînd metaplazie mieloidă tipică. În măduva oaselor predomină cu mult granulocitele, numărul neutrofilelor mature nu este crescut, sistemul eritroblastic nu este modificat. Evoluția este cronică. Prognosticul este nefavorabil. (D.B.)

Weir-Mitchell, boala; *erythermalgia;* eritromelalgia Smith și Allen; descrisă în 1872. Forma idiopatică este manifestarea nevrozei vasomotorii, de etiologie necunoscută, iar cea secundară se poate observa în diferite boli ale sistemului nervos, precum și în hipertensiunea arterială, în unele boli ale sîngelui. La nivelul zonelor proximale ale extremităților, în spe-

Scanned with OKEN Scanner

cial cele inferioare, apar hiperemie cutanată, transpiraţii profuze, edem şi durere intensă, care diminuează sub acţiunea frigului. Evoluţia se face în puseuri. Puseurile pot fi de lungă durată, pînă la cîteva săptămîni.

Bibl. — SAPER J., STEPNIAK B.: *Przegl. Derm.*, 1956, 3, 435. (D.B.)

Weir-Mitchell, complexul simptomatic; vezi Mitchell, complexul simptomatic. (D.B.)

Weisman, simptomul; încercarea de imitaţie Hoff şi Schilder, în bolile cerebelului. Bolnavului, în decubit dorsal, i se flectează extremitatea inferioară în articulaţia coxo-femurală şi a genunchiului de partea sănătoasă şi i se cere să-şi aranjeze analog, cu ochii închişi, extremitatea de partea bolnavă. De partea leziunii, flexiunea este mai marcată. (D.B.)

Weiss, reflexul vărgat; reflexul strălucitor; descris în 1885. Este reflexul strălucitor, semilunar, vărgat al segmentului nazal al papilei nervului optic. Se observă bine în special în oftalmoscopia cu imagine directă sau la lampa cu fantă. Face impresia că este localizat în corpul vitros, dar prin deplasarea sursei de lumină deviază în direcţia inversă; este deci reflexia adevărată a sursei de lumină, dată de oglinda concavă cilindrică (marginea nazală a papilei nervului optic). Este un simptom de miopie la tinerii în vîrstă de 10—15 ani; mai tîrziu dispare.

Bibl. — BUSSACA A., GOLDMANN H., SCHIFF-WETHEIMER S.: Biomicroscopie du corps vitré et du fond d'oeil, Paris, 1957. (D.B.)

Weiss-Müller, boala; osteocondrita tarsului *(osteochondritis tarsi);* osteocondrita tarsiană a adultului *(ostéochondrite tarsienne de l'adulte).* Constă în necroza aseptică a tarsului, de cauză necunoscută; frecvent este bilaterală. Pe radiografie se observă osteoporoza şi osteoscleroza calcaneului. (D.B.)

Welander (1960), boala; miopatia distală ereditară tardivă *(myopathia distalis hereditaris tarda).* Boală primară, ereditară a muşchilor, care afectează în special segmentele distale ale extremităţilor. Debutul bolii survine de obicei între 40 şi 60 de ani, evoluţia este foarte lentă, rar duce la pierderea completă a mişcărilor.

Bibl. — *Acta psych. Klin.*, 1950. (D.B.)

Welander, sindromul; o varietate a atrofiei musculare progresive. Este forma periferică, care apare între 40 şi 60 de ani. Atrofia musculară afectează muşchii extensori ai degetelor mîinilor şi picioarelor, iar cu trecerea anilor, şi flexorii segmentelor distale ale extremităţilor. În etapa finală a bolii, atrofia se întinde şi la muşchii proximali (vezi Erb, boala). (D.B.)

Wenckebach, sindromul; perioada Wenckebach; blocul periodic sau parţial Wenckebach; descris în anul 1914. Alungirea progresivă a conducerii atrio-ventriculare *(PQ)* pe traseul electrocardiografic şi absenţa periodică a unui complex ventricular *(QRS);* intervalul *PQ* după pauza care apare prin absenţa complexului ventricular este mai scurt decît cel dinainte de pauză. De obicei este patognomonic pentru leziunea sistemului de conducere a inimii.

Bibl. — ALEKSANDROW D., VYSZNACKA W.: Diagnostyka Elektrokardiograficzna, Varşovia, 1952. (D.B.)

Wende, complexul simptomatic; o varietate a epidermolizei buloase congenitale. Se individualizează prin apariţia veziculelor la nivelul orificiilor, atrofia vîrfului degetelor şi prezenţa de simptome din partea sistemului nervos (epilepsia).

Bibl. — GRACIANSKY, BOULE: Atlas de dermatologie, II, 1952. (D.B.)

Wende, eritemul; eritemul inelar persistent *(erythema gyratum perstans).* Etiologie necunoscută. Prezintă mare asemănare clinică cu eritemul inelar *(erythema anulare)* Darier: papule eritematoase cu tendinţă la creştere spre periferie în formă de inel. Prurit în puseuri.

Bibl. — SOLENTE: *Nouv. prat. derm.*, 1936, 7, 382. (D.B.)

Werdnig - Hoffmann (1891), boala; atrofia musculară spinală progresivă *(atrophia musculorum spinalis progressiva).* Sînt afectaţi mai frecvent băieţii. Începe de obicei la vîrsta de 6 luni; de cele mai multe ori sînt interesaţi muşchii coapselor, bazinului şi spatelui. Apare precoce deformarea coloanei vertebrale. Atrofia

Scanned with OKEN Scanner

musculară depinde de modificările primare din celulele coarnelor anterioare ale măduvei spinării; de aceea, la nivelul mușchilor atrofiați se observă reacții degenerative și tremurătură fibrilară. În forma bulbaro-spinală Werdnig-Wallgren sînt lezați mușchii bulbari. (D.B.)

Werdnig-Wallgren, boala; forma bulbară a bolii Werdnig-Hoffmann. (D.B.)

Werlhof-Wichmann, boala; boala maculoasă *(morbus maculosus);* trombopenia esențială benignă *(thrombopenia essentialis benigna);* purpura trombopenică hemoragică *(purpura thrombopenica haemorrhagica);* purpura idiopatică *(purpura idiopathica); (land scurvy);* descrisă în jurul anului 1740. Constă în diateză hemoragică trombopenică, tulburarea funcției capilarelor, absența retracției cheagului. Timpul de coagulare este în limite normale sau ușor alungit, timpul de sîngerare este, însă, mult alungit. Trombocitopenia este consecința insuficienței funcției trombocitoformatoare a megacariocitelor sau a exagerării funcției trombocitolitice a splinei. În cazurile grave, prognosticul este nefavorabil. (D.B.)

Werner, complexul simptomatic; progeria; degenerescența genito-sclerodermică; descris în 1904, ca o boală care se asociază cu cataracta. Modificările cutanate au aspectul sclerodermiei. Se caracterizează prin talia mică, subțiimea segmentelor distale ale extremităților în comparație cu cele proximale și trunchiul, cap relativ mare, nas în formă de cioc, gură și bărbie mică („față de pasăre"). Aspectul bătrînicios al bolnavilor depinde de caniția și calviția precoce. Se dezvoltă de timpuriu arterioscleroza. Se observă tulburări endocrine, ca hipogenitalism, întîrzierea sau absența semnelor sexuale secundare, disfuncția glandelor paratiroide (tulburări ale metabolismului calciului), a tiroidei (exoftalmie) și hipofizei (față ca luna, voce subțire). Simptomele oculare apar între 30 și 40 de ani (cataracta de tip juvenil); se dezvoltă osteoporoza. Tegumentele prezintă modificări de tipul pseudosclerodermiei, cu tendința la eroziuni și ulcere trofice, în special la nivelul gambelor.

Bibl. — JABLONSKA S., SEGAL P., LUKASIAK B.: *Przegl. Derm.*, 1958, VIII, 3, 277. (D.B.)

Wernicke, afazia motorie corticală *(kortikale motorische Aphasie);* afemia *(aphémie)* Broca. Reprezintă dificultatea sau pierderea vorbirii, cu păstrarea funcției motorii a sistemului efector (mușchii faringelui, laringelui, limbii și gurii). În afazia motorie incompletă apar afazii ale silabelor, cuvintelor, agramatisme, stil telegrafic. Broca a stabilit pentru prima oară că este produsă de leziunea zonei corticale a lobului frontal stîng cunoscută în prezent sub denumirea de cîmpul Broca. Afazia corticală este asociată cu tulburări de scris și citit, spre deosebire de afazia subcorticală — afazia motorie pură *(aphasie motrice pure)* Déjérine, în care afazia motorie este exprimată exclusiv prin pierderea capacității de a vorbi. (D.B.)

Wernicke, afazia senzorială *(aphasie sensorielle Déjérine);* surditate verbală corticală. Diminuarea înțelegerii vorbirii, tulburări în construcția cuvintelor și propozițiilor, parafazie a silabelor, agramatisme, afazie în jargon. Se asociază de obicei cu agnozie senzorială, apraxie, agrafie, alexie, uneori cu hemipareză. Apare în legătură cu leziunea zonei corticale a lobului temporal stîng denumită cîmpul Wernicke. (D.B.)

Wernicke, afazia subcorticală; surditate verbală pură *(surdité verbale pure)* Déjérine. Constă în absența înțelegerii sunetelor vorbirii, cu păstrarea noțiunilor cuvintelor; înțelegere dificilă a vorbirii și repetarea cuvintelor, a scrisului sub dictare, cu păstrarea nealterată a vorbirii spontane, cititului și scrisului. (D.B.)

Wernicke, simptomul; descris în 1872. Constă în mioză consecutivă luminării părții invizibile a retinei. Se observă în hemianopsia omonimă de partea respectivă, în cazurile de leziune a radiațiilor optice sau a cortexului vizual la nivelul scizurii calcarine. (D.B.)

Wernicke-Almeid, boala; meningită produsă de *Paracoccidioides brasiliensis.* (D.B.)

Wernicke-Mann, poziția; simptom tipic în hemiplegie. Se traduce prin poziția flectată a extremității superioare paralizate (flexiune în articulația cotului, radio-carpiană, la nivelul degetelor și aducerea înainte a umărului) și poziția în

Scanned with OKEN Scanner

extensiune a extremității inferioare (extensiune în articulația coxo-femurală și a genunchiului, cu piciorul flectat dorsal). (D.B.)

Wernicke-Wilder, boala; etiologie necunoscută. Constă în apariția de convulsii musculare dureroase, în primul rînd la nivelul mușchilor gambei: solear, gastrocnemian. Multe stări patologice pot provoca acest simptom ca: scleroza laterală amiotrofică, polinevrita, nevrita sciatică, poliomielita anterioară, boala Parkinson, arterita, spasmul vascular, boala Buerger, diabetul zaharat, boala Basedow.

Bibl. — ROGER, SCHACHTER: *Sem. Hôp. Paris*, 1950, 3 437—3 443. (D.B.)

Werther, boala; dermatita nodulară necrotică *(dermatitis nodularis necrotica);* piodermita cronică diseminată *(pyodermia chronica disseminata;* Jablonska; descrisă în 1910. Se observă la bolnavii epuizați, cu rezistență scăzută a organismului. Înainte, această boală era considerată ca ținînd de infecția tuberculoasă, în prezent este legată de infecția strepto-stafilococică. Elementele erupției cutanate au caracterul unei diseminări hematogene; nodulii, veziculele sau pustulele, necrozîndu-se, formează ulcerații cu fundul neregulat. După vindecare rămîn cicatrice cu depresiuni, punți, asemănătoare cu cicatricele din scrofuloză. Starea generală este de obicei gravă, evoluția este cronică, septică. Sînt frecvente acutizările și recidivele.

Bibl. — WERTHER: Iconographia, 1910, 213. (D.B.)

Werther, nevul; nevul siringadenomatos papilifer *(naevus syringadenomatosus papilliferus);* siringochistadenomul *(syringocystadenoma);* hidradenomul verucos fistulo-vegetant *(hydradénome verruqueux fistulo-végétant)* Darier; hidradenomul papilar. Este tumoare benignă a glandelor apocrine sudoripare, care nu se malignizează. Se localizează în regiunea păroasă a capului, cervicală, axilară și inghinală, sub forma de tumori cu centrul deprimat și uneori cu o fistulă mică. Suprafața tumorii poate fi neregulată, boselată. Diagnosticul se pune prin examen histologic.

Bibl. — BEERMAN H.: *Arch. Derm. Syph. (Berl.),* 1949, 60, 500. (D.B.)

Wesener *(epidermolysis bullosa peduum et manuum aestivalis);* vezi Weber-Cockayne, complexul simptomatic. (D.B.)

Weski, complexul simptomatic; *elephantiasis gingivarum hereditaria; elephantiasis gingivarum Gusev; macrulia; hypertrophia gingivarum congenita;* gingivită hipertrofică congenitală. Defect congenital și ereditar care afectează simetric ambele maxilare, mai frecvent pe cel superior. După Touraine, reprezintă unul din simptomele bolii Pringle-Bourneville.

Bibl. — OWIŃSKA B.: *Czas. Stom.,* 1953, 6. (A.W.)

West, paralizia matinală *(paralysis matutina);* vezi Heine-Medin, boala. (D.B.)

Westermark, simptomul; mișcarea pendulară a mediastinului pe imaginea radiologică: deplasarea marcată a mediastinului în timpul inspirației de partea plămînului diminuat de volum sau atelectatic. (D.B.)

Westphal, reflexul genunchiului; vezi Strümpel, reflex. (D.B.)

Westphal (1872), simptomul; în polinevrita alcoolică. Reflex colateral viu din partea mușchilor adductori și coapsei, în timpul încercării de a produce reflexul rotulian dispărut. (D.B.)

Westphal, simptomul; în tabes: dispariția reflexelor rotuliene și modificări importante în regiunea rădăcinilor L_3—L_4. (D.B.)

Westphal, simptomul: mobilitatea pupilară Bumke *(spasmus mobilis);* descris în 1907 de Westphal și în 1928 de Bumke. Se caracterizează prin dilatarea periodică a pupilelor, în timpul căreia pupilele pot să nu reacționeze la lumină și convergență. Se poate prelungi cîteva secunde, ore sau zile. Pupilele sînt de obicei moderat dilatate, dar se pot modifica rapid nu numai ca diametru, dar și ca grad de reacție la lumină. Se observă în catatonie, isterie, după encefalite, în traumatismele extrapiramidale, sifilis, alcoolism, nevroze traumatice, schizofrenie, demența precoce *(dementia praecox),* precum și la subiecții nervoși, în rest normali.

Bibl. — MELANOWSKI W. H.: Okoa uklad nerwowy, Varșovia, 1956. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Westphal, simptomul; vezi Parkinson, boala. (D.B.)

Westphal-Goldflam (1895), boala; paralizie paroxistică sau periodică familială *(paralysis paroxysmalis seu periodica familiaris);* monoplegia periodică familială sau paroxistică congenitală *(monoplegia periodica familiaris seu paroxysmalis congenita).* Constă în paralizia paroxistică a tuturor mușchilor extremităților și trunchiului, cu dispariția concomitentă a excitabilității electrice și mecanice a mușchilor și abolirea reflexelor tendinoase în timpul puseurilor. Crizele apar între 10 și 20 de ani și dispar între 45 și 50 de ani. Puseul se dezvoltă acut dimineața sau noaptea, uneori precedat de parestezii, transpirații profuze, palpitații, diaree sau senzația de frig, uscăciune în gură. La femei, factorul care declanșează puseul poate fi menstruația. Lipsesc reflexele patologice. Excitabilitatea electrică musculară este la început diminuată, apoi dispare (așa-numita „reacție cadaverică"). Frecvența apariției puseurilor este variabilă. (D.B.)

Westphal-Piltz, simptomul; reacția pleoapelor; descris în 1954 de Graefe, în 1887 de Galassi, în 1889 de Westphal și în 1900 de Piltz. Constă în micșorarea pupilelor la încercarea de a strînge puternic pleoapele. Se consideră că există o legătură între nucleul mușchiului orbicular al ochiului (la nivelul nucleului nervului facial) și nucleul sfincterului pupilar. Nu are importanță diagnostică, deși se observă și în paralizia completă de origine supranucleară. (D.B.)

Westphal-Strümpel-Wilson, boala; degenerescența hepato-lenticulară *(degeneratio hepatolenticularis);* descrisă de Westphal în 1883, de Strümpel în 1898 și de Wilson în 1912. S-au diferențiat două forme nosologice independente ale acestei boli: pseudodegenerescența Westphal-Strümpel și degenerescența hepato-lenticulară Wilson. Spielmayer și Hall (1920) au dovedit identitatea acestor două forme. Boala este considerată consecința tulburărilor metabolice, în special ale metabolismului cuprului. Evoluția clinică se împarte în două perioade de bază: în prima perioadă (forma abdominală a bolii Wilson), modificările interesează ficatul. În cea de a două predomină tulburările neurologice și psihice (rigiditate extrapiramidală), adinamie, hipomimie, tremurături, rîs și plîns intens, disartrie, tulburări motorii distonice, hiperkinezii care apar în timpul mișcărilor voluntare sau în repaus, uneori tremurături de genul „bătăilor de aripi"). Tulburările psihice se manifestă prin diminuarea intelectului și un grad de infantilism (sindromul demenței). Ciroza hepatică se confirmă prin examenele de laborator și se observă în toate cazurile. Modificările pigmentare se localizează la nivelul membranei Descemet (inelul Kayser-Fleischer), în piele și viscere. În urina bolnavilor se decelează aminoacidurie. (D.B.)

Wewe, septul falciform al retinei *(ablatio retinale falciformis);* septul congenital al retinei *(congenital retinal septum);* pliul congenital al retinei *(congenital retinal fold);* descris de Sulzer în 1888 și, mai detaliat, de Ida Mann în 1928 și de Wewe în 1936. Se caracterizează prin stratificarea retinei în formă de pliu, de la tuberculul nervului optic pînă la marginea dințată, în toate direcțiile, mai ales în jos și în afară; există o serie întreagă de forme de tranziție, de la stratificarea transparentă sectorială plană pînă la tabloul complet de gliom aparent. De cele mai multe ori este bilateral, frecvent asociat cu alte defecte de dezvoltare și totdeauna cu persistența unor resturi ale arterei embrionare a corpului vitros sau ale ramurilor acesteia. Trebuie diferențiat de boala Terry și retina pliată din toxoplasmoză. Etiologie necunoscută.

Bibl. — VRABEC F.: *CSL Ofthal.*, 1948, 4, 307. (D.B.)

Wexler, simptomul; în sciatică: cînd bolnavul stă în genunchi pe scaun, piciorul sănătos cade și formează cu gamba un unghiu drept. (D.B.)

Whipple, sindromul; *lipodystrophia intestinalis; non tropical sprue; idiopathic steatorrhoea; Whipples intestinal lipodystrophy.* Descris în 1907. Senzație de arsură la nivelul limbii, cu atrofie a acesteia, afte bucale, diaree, steatoree, meteorism abdominal, erupții cutanate pigmentare, edeme, artrite, anemie hipocromă,

Scanned with OKEN Scanner

mai rar hipercromă, caşexie. Există hipoproteinemie, hipocalcemie, hipocolesterolemie, de asemenea hipoclorhidrie sau anaclorhidrie. Anatomopatologic se constată inflamaţie cronică a intestinului subţire, cu atrofie a mucoasei, ulceraţii, infiltraţii grăsoase ale pereţilor intestinului, mărirea limfoganglionilor mezenterici. Simptomul esenţial îl reprezintă tulburarea resorbţiei grăsimilor. Celelalte simptome sînt urmarea hipovitaminozei secundare, hipoproteinemiei şi hiposideremiei.

Bibl. — WHIPPLE G. H.: *Bull. John's Hopkins Hosp.*, 1907, 18, 382. (A.W.)

White-Crocker, *xanthoerythrodermia perstans;* vezi Brocq, *érythrodermie pityriasique en plaques.* (A.W.)

Whytt, boala; meningita tuberculoasă care duce la hidrocefalie acută. (A.W.)

Wickham, simptomul; striurile Wickham *(striae Wickhami).* Se manifestă prin papule de lichen roşu plan, care durează timp îndelungat; în privirea la lumina tangentă se poate observa o reţea discretă albicioasă-opalescentă. Este consecinţa hipertrofiei neregulate a stratului granulos, nepermeabil pentru lumina de la suprafaţă. (D.B.)

Wide, *parapsoriasis varioliformis;* vezi Mucha-Habermann, boala; *parapsoriasis acuta varioliformis.* (A.W.)

Widmark, inflamaţia conjunctivei; descrisă în 1909. Conjunctivita acută se caracterizează prin edemul conjunctivei globului ocular sub cornee şi al conjunctivei pleoapei superioare, precum şi prin defecte mici sau mari ale epiteliului conjuctivei. Etiologia este necunoscută.

Bibl. — BUTLER H.: *Ophtalmoscope,* 1910, 8, 822. (D.B.)

Widrowitz, simptomul; simptomul „ochi de păpuşă"; în polinevrita diferică, cînd apare paralizia acomodaţiei: uşoară exoftalmie şi clipit monoton, rar. (D.B.)

Wilbrand, oscilaţia; se descoperă cu ocazia examenului cîmpului vizual. Un semn, mobilizat de la periferie în lungul unui meridian, dispare brusc, pentru ca apoi să apară din nou pe traiect către centru. Acelaşi lucru se repetă şi pe traiectul de la periferie către punctul de fixaţie. Aceste locuri, insensibile la excitanţi, apar numai la periferie, dar explorînd cîmpul vizual în toate diametrele se poate contura pe baza acestora scotomul inelar. Aceste modificări pot dura pînă la cîteva zile, deşi prin repetarea examenului se decelează defecte în alte locuri ale cîmpului vizual. Simptomul dispare fără sechele, concomitent cu ameliorarea stării generale a bolnavului. Se observă în isterie.

Bibl. — BRUDZEWSKI K.: Podrecznik perymetrii klinicznej, Lwow-Varşovia, 1925. (D.B.)

Wilczkowski (1937), reflexele; reflexe condiţionate psihochimic, în sînge: apariţia de modificări reflexe ale nivelului zahărului şi clorurilor. (D.B.)

Wilensky, sindromul; limfadenita mezenterică *(lymphadenitis mesenterica);* limfadenita abdominală *(lymphadenitis abdominalis);* inflamaţia ganglionilor limfatici ai cavităţii abdominale; descris în 1920. Produce limfadenită acută, subacută sau cronică, la nivelul mezenterului sau regiunii ileo-cecale, la copii şi adulţi. Simptome: dureri abdominale în crize, cu vărsături, care durează cîteva zile, recidivante; sensibilitate la palpare în fosa iliacă dreaptă şi epigastru, mai rar în fosa iliacă stîngă. În sînge, leucocitoză cu limfocitoză relativă. În ganglionii limfatici are loc o inflamaţie nespecifică, cu hiperplazia sistemului reticulo-histiocitar.

Bibl. — MEGNIN P., MONTPELLIER: *Cah. méd.*, 1948, 179. (D.B.)

Wilkinson, boala; anemia acrestică *(achrestic anemia);* descrisă în 1936. Constă în anemie megaloblastică gravă, progresivă, rezistentă la tratamentul cu preparate de ficat. În măduva oaselor se găseşte o megaloblastoză intensă. Cauza bolii constă în pierderea capacităţii măduvei oaselor să-şi însuşească factorul Castle, care se găseşte în organism în cantitate normală.

Bibl. — WILKINSON J.: *Rev. belge Sci. méd.*, 1938, 10, 191. (D.B.)

Willebrand-Jürgens, boala; trombocitopatia constituţională ereditară *(thrombocytopathia constitutionalis hereditaria);* pseudohemofilia *(Pseudohämophilie);* descrisă în 1935. Primele simptome apar în copilărie — hemoragii periodice la nivelul mucoaselor. Uneori există hemoragii in-

Scanned with OKEN Scanner

traarticulare, precum şi hemoragii posttraumatice tenace. Numărul de trombocite este normal şi acestea prezintă modificări morfologice discrete.

Bibl. — WILLEBRAND-JÜRGENS: *Klin. Wschr.*, 1933, 414. (D.B.)

Williams, simptomul: diminuarea mişcărilor respiratorii ale peretelui anterior al toracelui. Se observă în pericardita constrictivă. (D.B.)

Willis, paracuzie *(paracusis);* simptom care constă în auzirea aparent mai bună a vorbirii în zgomot decît în linişte. Se observă în gradele mari de surditate de tip conducere, ca în otoscleroză sau procesele cronice ale urechii medii. Este consecinţa faptului că în zgomot, subiecţii care aud normal vorbesc mai tare. Aceasta permite surzilor să înţeleagă mai bine vorbirea, căci zgomotul nu parvine la aceştia decît în grad neînsemnat şi nu-i deranjează ca pe subiecţii normali. (D.B.)

Willis-Balfeur-McSwiney, sindromul; diskastloza; anemia megaloblastică subtropicală a gestantelor. Cel mai frecvent se observă în sudul Indiei. Se manifestă prin: adinamie, edeme la nivelul feţei şi extremităţilor, inflamaţia cavităţii bucale şi limbii, frecvent temperatură crescută. În sîngele periferic se constată anemie hipocromă marcată cu megalocitoză şi megaloblastoză, leucopenie, limfocitoză relativă, trombopenie. Cauza este alimentaţia insfucientă, în special carenţa proteinelor animale (absenţa factorului „extrinsec") şi vitaminelor A, B şi C. Întreruperea sarcinii şi naşterea aduc vindecarea. (D.B.)

Wilms, tumoarea; vezi Birch-Hirschfeld, tumoarea. (D.B.)

Wilson, boala; lichenul plan roşu *(lichen ruber planus);* descris în 1867. Etiologie necunoscută; se presupune că boala se dezvoltă ca rezultat al tulburărilor sistemului nervos central şi periferic, intoxicaţiilor (arsenic, aur, atebrină), precum şi al unei infecţii cu un virus necunoscut. Primul element este o papulă poligonală plană, cu suprafaţă strălucitoare, pe care, în cazul existenţei îndelungate a acesteia, se observă o reţea discretă *(striae Wickham).* Cel mai frecvent se localizează la nivelul articulaţiei pumnului, regiunilor inghinale şi axilare, faţa internă a coapselor, precum şi la nivelul mucoaselor, în special în cavitatea bucală. Există diferite forme ale bolii Wilson: papilară, atrofică, perifoliculară, veziculară, pigmentară etc.

Bibl. — NEUMARK S.: *Przegl. derm.*, 1928, 23, 13. (D.B.)

Wilson, boala; vezi Westphal-Strümpel-Wilson, boala. (D.B.)

Wilson, foliculita roşie *(folliculitis rubra);* keratoza pilară roşie atrofiantă a feţei *(kératose pilaire rouge atrophiante de la face);* vezi Unna, complexul simptomatic. (D.B.)

Wilson-Brocq, boala; dermatita exfoliativă generalizată *(dermatitis exfoliativa generalisata);* eritrodermia exfoliativă *(erythrodermia exfoliativa)* Besnier; descrisă în 1870. Apare pe un fond alergico-toxic (de exemplu, în tuberculoză, gută, alcoolism cronic, anemie, precum şi în utilizarea unor substanţe medicamentoase ca: chinină, arsenic, antipirină, seruri). Clinic se manifestă prin dermatită exfoliativă, scuame de dimensiuni mari, dispuse în formă de ţigle. Pielea este îngroşată, în unele locuri (în special pe spate) şi formează pliuri. Ganglionii limfatici sînt măriţi, temperatura crescută. Boala poate dura luni şi ani.

Bibl. — ALKIEWICZ J., WIRBSER Z.: *Przegl. derm.*, 1950, 3/4, 293. (D.B.)

Windscheid, triada simptomatică; în ateroscleroza cerebrală; precede leziunii encefalice. Se caracterizează prin cefalee, ameţeli şi tulburări de memorie. (D.B.)

Winiwarter-Buerger, boala; trombangeita obliterantă; vezi Buerger, boala. (D.B.)

Wintrich, simptomul: creşterea tonalităţii zgomotului timpanic la nivelul cavernei, cînd bolnavul deschide gura şi scoate limba. Simptomul se observă uneori doar în unele poziţii ale corpului (simptomul intermitent Wintrich), în cavernele care conţin lichid. (D.B.)

Wise, epitelioame multiple benigne superficiale ale pielii *(multiple benign superficial epithelioma of the skin);* vezi Arning, carcinoidul cutanat. (D.B.)

Wise-Sachs, papilomatoza cutanată *(cutaneous papillomatosis);* vezi Gougerot-Carteaud, complexul simptomatic. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Wise-Sulzberger, complexul simptomatic; răsucirea progresivă dobîndită a părului capului, însoţită de modificări de pigmentare *(acquired progressive kanking of the scalp hair accompanied by changes in the pigmentation).* Constă în modificarea treptată a părului din roşu-deschis şi drept, în păr închis, negru, vălurit, încreţit.

Bibl. — WISE, SULZBERGER: *Arch. Derm. Syph. (Berl.),* 1932, XXV, 99. (D.B.)

Witek, simptomul retracţiei: bolnavul, în decubit ventral, flectează genunchii în direcţia coapselor. De partea parezei, flexiunea genunchiului este mai slabă. (D.B.)

Witek, simptomul; vezi Piotvowski, simptomul. (D.B.)

Wolf-Parkinson-White, sindromul; sindromul WPW; preexcitaţia antesistolică *(antesystolic preexcitation);* descris în 1930. Pe electrocardiogramă se observă scurtarea timpului de conducere atrio-ventricular *(PQ)* sub 0,11 secunde, lărgirea (peste 0,11 secunde) şi bifurcarea complexului *QRS* într-un segment lent şi unul rapid, frecvent o inflexiune triunghiulară înaintea complexului *QRS* (deformaţia segmentului ascendent); aceste modificări amintesc întrucîtva blocul de ramură; subiecţii cu sindrom WPW sînt predispuşi la tahicardie paroxistică. Se observă la tineri şi la bătrîni şi, în majoritatea cazurilor, indică o leziune cardiacă. Mecanismul apariţiei acestui sindrom nu este complet elucidat.

Bibl. — TOCHOWICZ L., MROZOWSKI J., KROL W.: *Pol. Arch. Med. wewnet.,* 1954, 4, 543. (D.B.)

Wolff-Schaltenbrand (1942), sindromul; alicoreea spontană *(spontane Aliquorhoe);* hipotonia intracraniană spontană. Se manifestă prin cefalee intensă, care retrocedează în decubit, greţuri, simptome meningiene uşoare, hipotonia lichidului cefalo-rahidian, uneori chiar presiune negativă în canalul medulo-spinal. Etiopatogenie necunoscută.

Bibl. — DOWZENKO A., ZWOZNIAK W.: *N.N.P.P.,* 1954, 2, 173. (D.B.)

Worms-Gougeon, boala; vezi Silverskiöld, boala. (D.B.)

Wucherpfenning, *cheilitis actinoallergica* şi *cheilitis hyperheliastica;* vezi Ayres, *cheilitis actinica chronica.* (D.B.)

Wurffbein - Jackson, simptomul; paroxismele cerebeloase *(cerebelar fits);* în tumorile vermisului cerebelos. Constă în crize de convulsii extensoare tonice. Simptomul este legat de tulburările respiratorii şi, probabil, se produce prin compresiunea trunchiului cerebral de către tumoare. (D.B.)

Y

Yoshimura (1909), reflexul: extensiunea halucelui ca răspuns la excitaţiile electrice şi termice ale pielii regiunii postero-externe a plantei, precum şi a segmentului distal al gambei; vezi Babinski, simptomul. (D.B.)

Yoshimura, simptomele I-II; vezi Rossolimo, reflexele. (D.B.)

Scanned with OKEN Scanner

Young, complexul simptomatic; *somatotropic hormone syndrome; maternal obesity syndrome.* Obezitate rapid instalată şi foarte accentuată, la gravide. Adeseori, mult mai tardiv apare diabetul zaharat (de obicei la menopauză).

Bibl. — YOUNG F.: *Brit. med. J.*, 1951, 2, 1 167. (A.W.)

Young, sindromul; forma bulbară a sclerozei laterale amiotrofice, cu platibazie. (A.W.)

Z

Zachorsky, complexul simptomatic; herpangina *(herpangina, herpesangina);* angina herpetică *(angina herpetica);* faringita aftoasă *(pharyngitis aphtosa);* faringita veziculară *(pharyngitis vesicularis);* stomatita herpetică *(stomatitis herpetica);* catarul herpetic al faringelui; descris în 1920. Este produs de virusul Coxsackie grup A, răspîndit în toată lumea. Epidemiologia nu este încă pe deplin clarificată. Boala începe brusc, cu frison şi temperatură ridicată, cefalee şi mialgii. Pe pilierii palatini, pe palatul moale, pe peretele posterior al faringelui şi pe mucoasa cavităţii bucale apar vezicule papuloase mici, care supurează uşor, dureroase. Se vindecă în cîteva zile; evoluţia este fără complicaţii. La copiii mici există vărsături şi convulsii. (D.B.)

Zand - Zylberblastowa (1922): reflexul din partea muşchilor orbiculari ai ochilor lipseşte sau este diminuat în funcţie de gravitatea leziunii periferice a perechii a VII-a de nervi. Este în special exprimat în parkinsonismul consecutiv bolii somnului (vezi Wartenberg, simptomul). (D.B.)

Zaufal, simptomul; nas în formă de şa. Se observă în sifilisul congenital tardiv şi în perioada terţiară a sifilisului dobîndit consecutiv distrugerii septului osos al nasului. (D.B.)

Zoon, balanita plasmocelulară *(balanitis plasmocellularis);* balanopostita cronică circumscrisă benignă plasmocelulară *(balanopostitis chronica circumscripta benigna plasmocellularis).* Este o varietate a eritroplaziei Queyrat cu evoluţie benignă. Tabloul clinic este asemănător, dar aspectul histologic este diferit (prezenţa de grămezi mari de plasmocite).

Bibl. — ZOON: *Dermatologica*, 1952, 1. (D.B.)

Zuelzer-Kaplan, boala (I); descrisă în 1950. Anemia familială hemolitică hipocromă, cu ovalocitoză şi elipsocitoză, dar fără sferocitoză. Durata de viaţă a hematiilor este mult scurtată. Urobilinurie manifestă. În măduva osoasă sînt semne de eritropoieză mărită.

Bibl. — ZUELZER W., KAPLAN E.: *Blood*, 1950, 5, 811. (A.W.)

Zuelzer-Kaplan, boala (II); *hemoglobin C disease; hemoglobin C thalassemia disease;* descrisă în 1954. Anemie cronică hipocromă microcitară, cu sferocitoză şi hematii „în ţintă". Rezistenţa osmotică a

Scanned with OKEN Scanner

hematiilor este crescută. În măduva osoasă sînt semne de eritropoieză crescută. În normoblaşti se observă incluzii bazofile.

Bibl. — ZUELZER W., KAPLAN E.: *Blood*, 1954, 9, 1 047. (A.W.)

Zuelzer-Ogden, boala; *megaloblastic anemia;* descrisă în 1946. Anemie hipercromă megaloblastică, care se observă la sugari. Însoţeşte infecţiile respiratorii şi intestinale. În măduva osoasă există numeroşi megaloblaşti. În sucul gastric există anaciditate cu reacţie pozitivă la histamină. Apare probabil ca urmare a insuficienţei acidului folic sau a poliavitaminozei.

Bibl. — ZUELZER W., OGDEN F.: *Am. J. Dis. Child.*, 1946, 71, 211. (A.W.)

Zumbusch, *lichen albus;* vezi Hallopeau, complexul simptomatic; *lichen planus sclerosus et atrophicus.* (A.W.)

Redactor responsabil: Dr. S. CARNARU
Tehnoredactor: NISIRIUS MARILENA

Dat la cules 18.02.1967. Bun de tipar 19.05.1967. Apărut 1967. Tiraj 7.000+140 ex. broşate. Hîrtie tipar înalt tip B de 80 g/m², 610×860/16. Coli editoriale 24,45. Coli de tipar 14,5. A. 1745/1967. C. Z. pentru bibliotecile mari 616-008.6. C. Z. pentru bibliotecile mici 616-008.6.

Întreprinderea poligrafică Sibiu, str. N. Bălcescu nr. 17
comanda 39

Scanned with OKEN Scanner

hematiilor este crescută. În măduva osoasă sînt semne de eritropoieză crescută. În normoblaşti se observă incluzii bazofile.

Bibl. — ZUELZER W., KAPLAN E.: *Blood*, 1954, 9, 1 047. (A.W.)

Zuelzer-Ogden, boala; *megaloblastic anemia;* descrisă în 1946. Anemie hipercromă megaloblastică, care se observă la sugari. Însoţeşte infecţiile respiratorii şi intestinale. În măduva osoasă există numeroşi megaloblaşti. În sucul gastric există anaciditate cu reacţie pozitivă la histamină. Apare probabil ca urmare a insuficienţei acidului folic sau a poliavitaminozei.

Bibl. — ZUELZER W., OGDEN F.: *Am. J. Dis. Child.*, 1946, 71, 211. (A.W.)

Zumbusch, *lichen albus;* vezi Hallopeau, complexul simptomatic; *lichen planus sclerosus et atrophicus.* (A.W.)

Redactor responsabil: Dr. S. CĂRNARU
Tehnoredactor: NISIRIUS MARILENA

Dat la cules 18.02.1967. Bun de tipar 19.05.1967. Apărut 1967. Tiraj 7.000+140 ex. broşate. Hîrtie tipar înalt tip B de 80 g/m², 610×860/16. Coli editoriale 24,45. Coli de tipar 14,5. A. 1745/1967. C. Z. pentru bibliotecile mari 616-008.6. C. Z. pentru bibliotecile mici 616-008.6.

Întreprinderea poligrafică Sibiu, str. N. Bălcescu nr. 17
comanda 39

Scanned with OKEN Scanner

ERATA

Pagina	Rîndul	Coloana	În loc de	Se va citi
33	12 de jos	din stînga	Bogaert (van)-Schreder-	Bogaert (van)-Scherer-
167	14 de jos	din dreapta	Jegher	Jeghers
195	20 de jos	din dreapta	menului venei retiniene centrale, la locul de	retiniană centrală. În medie aceasta este de

Lexicon de simptome şi sindroame

Scanned with OKEN Scanner